

Aus der Neuro-Psychiatrischen Klinik der
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Syndromdynamische Gliederung
der Schizophrenien
unter dem Aspekt der Prognose**

Inauguraldisseration
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Ingrid Winau
aus Mainz

Mainz 1972

Meinem hochverehrten Doktorvater
Herrn Professor Dr. Dr. N. Petrilowitsch †
in dankbarem Andenken gewidmet

Aus der Neuro-Psychiatrischen Klinik
der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

SYNDROMDYNAMISCHE GLIEDERUNG DER SCHIZOPHRENEN
UNTER DEM ASPEKT DER PROGNOSE

I n a u g u r a l d i s s e r t a t i o n
z u r E r l a n g u n g d e r D o k t o r w ü r d e
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

Ingrid Winau
aus Mainz
Mainz 1972

Meinem hochverehrten Doktorvater
Herrn Professor Dr.Dr.N.Petrilowitsch †
in dankbarem Andenken gewidmet

Fachbereichs-

Dekan: Professor Dr. J.Fischer

Referent: Professor Dr. U.H.Peters

Korreferent: Professor Dr. W.Janzarik



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I <u>Einleitung</u>	2
II <u>Syndromdynamische Gliederung</u>	4
a. Entwicklung	4
b. Syndromdynamische Gliederung	4
c. Erläuterung zur Typenbezeichnung	5
III <u>Krankengeschichten</u>	7
IV <u>Eigene Untersuchungen</u>	19
A. Untersuchungsgang	19
B. Statistischer Erhebungsbogen	20
C. Anmerkungen und Ergebnisse zu einzelnen Merkmalen des statistischen Erhebungsbogens	29
D. Statistische Methodik	32
E. Vergleichende Gegenüberstellung der einzelnen Psychosetypen anhand verschiedener Merkmale	34
1. Vergleich der drei polymorphen Typen miteinander	34
Übersichtstabelle 1	40
2. Gegenüberstellung der systematisierten Formen des polymorphen und des monomorphen Typs	42
Übersichtstabelle 2	46
3. Vergleich des monomorphen Syndroms mit dem amorphen Syndrom	49
Übersichtstabelle 3	54
4. Gegenüberstellung von polymorph-fluktuierendem und amorphem Syndrom	57
Übersichtstabelle 4	67
5. Gesamtübersichtstabelle	71
V <u>Zusammenfassung</u>	81
VI <u>Literaturverzeichnis</u>	85

I EINLEITUNG

Die schizophrenen Psychosen werden in unterschiedlichster Weise diagnostiziert und in therapeutisch-prognostischer Hinsicht ebenso unterschiedlich bewertet. Es gibt Kliniken, an denen Schizophrenien zu ausgesprochenen Raritäten gehören, und es gibt solche, an denen überwiegend Schizophrenien behandelt werden.

Die Schwierigkeit liegt in folgendem: Wenn man sich an die Einzelsymptome hält, etwa an das Vorkommen von Sinnestäuschungen, Wahnideen usw., dann sind die Schizophrenien prognostisch so heterogen, daß man keinerlei Voraussagen wagen kann. Wenn man aber die Schizophrenien primär nach prognostischen Gesichtspunkten zu gliedern versucht und dann den Verband an Einzelsymptomen schildert, der jeweils einem prognostischen Typ zuzuordnen sei, so erkennt man, daß die Darstellung prägnanter, geschlossener Typenbilder kaum gelingt, weil das Mischungsverhältnis der verschiedenen Symptome gerade bei den Schizophrenien extrem variabel ist.

Es soll daher der Versuch gemacht werden, eine den neuen Erkenntnissen und Anforderungen der psychiatrischen Diagnostik angepaßte Systematik zu finden.

Eine Zuordnung nach prognostischen Gesichtspunkten, die es ermöglicht, alle unter dem Begriff Schizophrenie zusammengefaßten, nach einzelnen Symptombildern benannten Erscheinungsformen der Psychose in ein folgerichtiges, überschaubares System weniger, großer Krankheitstypen einzufügen.

Grundlage dieser Neuordnung bildet die Erkenntnis, daß die Prognose abhängt von der Intensität bzw. von der Tiefe des Krankheitsgeschehens (Petrilowitsch 1958).

Intensive psychogene Reaktionen zeichnen sich aus durch ihr akutes Auftreten auf markante Traumata hin, durch ihren Symptomreichtum, durch gut abgehobenen, selten chronischen Verlauf und durch leichte therapeutische Beeinflußbarkeit.

Für die Tiefe eines Krankheitsgeschehens sprechen der einschleichende Beginn, der von lang anhaltenden Einflüssen gebahnt sein kann, die stille diskrete Reaktionsform, der chronische Verlauf und die große Therapieresistenz.

II SYNDROMDYNAMISCHE GLIEDERUNG

a. Entwicklung

Das maßgebende Kriterium für die Intensität einer Psychose ist deren symptomgeschöpferische Potenz. (Petrilowitsch 1969)

Diese drückt sich aus sowohl in der Fülle der Symptome zur gegebenen Zeit, der Simultankapazität oder Polymorphie, als auch in der Geschwindigkeit des Wechsels der Symptome während einer Phase, der Sukzessionsgeschwindigkeit oder Fluktuation.

Es soll gezeigt werden, daß innerhalb der Schizophrenien, nach dem Gesichtspunkt der Polymorphie gegliedert, drei große Gruppen sich abzeichnen, die voneinander so verschieden sind, daß damit die Uneinheitlichkeit in Wesen und Verlauf aller unter dem Oberbegriff Schizophrenie bekannten Psychosen erklärt werden und eine ausreichend sichere Prognose schon zu Beginn einer Erkrankung erleichtert werden kann.

Diese drei Hauptgruppen sind:

- 1.) Der polymorphe Typ
- 2.) der monomorphe Typ
- 3.) der amorphe Typ.

Nimmt man nun das zweite, feinere Indiz der Intensität der Psychose, die Fluktuation, hinzu, so ergeben sich differenzierte Untergruppen und damit die folgende

b. Syndromdynamische Gliederung

- I Polymorph-fluktuierender Typ
- II Polymorph-stabilisierter Typ
- III Polymorph-systematisierter Typ
- IV Monomorph-systematisierter Typ
- V Monomorpher Typ
- VI Amorpher Typ.

c. Erläuterung zur Typenbezeichnung

Bei Typ I handelt es sich, wie die Bezeichnung ausdrückt, um das dynamischste aller Syndrome, das den höchsten Grad an Polymorphie und Fluktuation aufweist, die noch keine Ausreifung und Gestaltung der Psychose zustande kommen lassen.

Dieses Syndrom steht in sehr enger Beziehung zu den Temperamentskrankheiten und hat, wie später deutlich wird, die beste Prognose dieser sechs Gruppen.

Letzteres gilt im engeren Sinne vor allem für eine mehr zyklische Form des Typs I mit deutlich bipolarer Verlaufstendenz, wie sie in den Motilitäts- und Verwirrtheitspsychosen ausgeprägt ist (Leonhard 1964) und die sich von einer anderen, prognostisch nicht in gleichem Maße günstigen Form abhebt, bei der Wahnstimmung und Personenverkennungen im Vordergrund stehen.

Die Trennung dieser beiden Unterformen des Typs I konnte in dieser Arbeit leider nicht vollzogen werden, da die entscheidenden Angaben aus den Krankenblättern nicht eindeutig zu ersehen waren. Hierzu müßte man die jeweils erste Phase selbst genau untersuchen können, ehe noch eine Therapie eingesetzt hat, die das Krankheitsbild in seinen feineren Differenzierungen bald beschneidet.

Bei Typ II ist die Polymorphie zwar ebenso ausgeprägt wie bei Typ I, an die Stelle des Symptomwechsels aber tritt hier schon eine gewisse Gestaltung der inhaltgebenden Symptome und damit eine angedeutete Verfestigung, die sich in einer deutlich schlechteren Prognose niederschlägt.

Bei Typ III finden sich diejenigen Krankheitsbilder, bei denen die Symptome kaum noch einem Wechsel unterliegen, sondern zu Stützpfeilern eines Wahnsystems geworden sind. Dabei bleibt aber auch hier die Polymorphie weitgehend erhalten und somit gegenüber dem Typ IV eine Elastizität, die noch Beeinflussungen zugänglich ist.

Hier findet man paranoide Systeme polymorpher Symptomatik mit halluzinatorischen Erlebnissen auf verschiedenen Sinnesgebieten, wie z.B. bei der Vergiftungsfurcht.

Bei Typ IV hingegen, dem anderen der beiden wahnhaften Typen, ist die symptomschöpferische Kraft vergleichsweise gering, die gegenseitige Durchflechtung der Symptome schwächer als bei der polymorphen Form.

Wir haben es hier meist mit einem eng abgesteckten, klar umrissenen Wahnsystem zu tun.

Der Verlauf der monomorphen Form der wahnhaft-systematisierten Psychosen ist wesentlich ungünstiger.

Der Typ V ist charakterisiert durch eine gut isolierbare, aber wenig eindrucksvolle, meist ohne affektive Beteiligung hingenommene Symptomatik, die im Gegensatz zu Typ IV keine Systematisierung erfährt, bei der es aber noch zu einer Zunahme der relativen Monomorphie kommen kann.

In Typ VI mit seinem schleichenden Krankheitsverlauf und den nur zeitweilig und vereinzelt objektivierbaren Symptomen bei ungünstigster Prognose, wie es sich im allgemeinen bei den Hebephrenien darstellt, haben wir den eigentlichen Gegenpol zum polymorph-fluktuierenden Typ.

III KRANKENGESCHICHTEN

Im Folgenden soll anhand einiger zusammengefaßter Krankengeschichten aus der Reihe meiner Patienten versucht werden, die oben skizzierten Typenbilder zu verdeutlichen.

Hierbei muß allerdings berücksichtigt werden, daß bei einem einzigen Fall niemals alle Kriterien erfüllt sind, die sich bei der statistischen Auswertung der ganzen Gruppe als charakteristisch herausheben.

Krankengeschichte einer Patientin mit einem

I. polymorph-fluktuierenden Syndrom

Die 45-jährige Patientin Ilse St. wurde mit einer ausgeprägten Wahnstimmung in hochgradig erregtem und angstvollem Zustand in unsere Klinik gebracht.

Sie war der Polizei aufgefallen, als sie nachts in ihrer Heimatstadt von Angstgehetzt und ohne Orientierung umhergelaufen war.

Unverheiratet und allein lebend hatte sie seit jeher kaum geselligen Kontakt zu anderen außer zu einer gleichaltrigen Bekannten.

Diese Bekannte schilderte die Patientin als geachtete Leiterin eines eigenen Steuerberatungsbüros, sehr selbstbeherrscht und pflichtbewußt, dabei aber warmherzig und gutmütig, übersensibel und verschlossen.

Von der Familie des Vaters habe sie ein übermäßiges Mißtrauen geerbt. Die Mutter der Patientin sei im Alter von 25 Jahren einmal drei Monate lang in einer Nervenklinik behandelt worden. Der einzige Bruder der Patientin wurde als ein halt- und verantwortungsloser Mensch beschrieben.

Sorge und Mühen um diesen Bruder hatten Frau St. in den letzten Wochen stark belastet. Kürzlich hatte er Haus, Erbe und Geld verspielt und seiner Schwester die Verant-

wortung für seine Zukunft, seine Frau und die drei Kinder in jeder Beziehung überlassen.

Die leptosome, körperlich erschöpfte Patientin verharrete in den ersten Tagen der stationären Behandlung in einem Zustand motorischer Unruhe, äußerster, angstvoller Anspanntheit und aggressiven Mißtrauens. Die Medikamente ließ sie immer wieder als vermeintliches Gift verschwinden. Sie war von dem Krankhaften ihrer Angst nicht zu überzeugen, sondern glaubte, hoffnungslos verdammt zu sein und erwartete sich Hilfe nur von dem Klinikspfarrrer, auf dessen Besuch sie fast täglich drängte.

Außer einschießenden Gedanken und Sperrungen konnten in diesen Tagen keine psychotischen Symptome eruiert werden. Im Verlaufe der zweiten Woche entspannte sie sich allmählich und gab der Befürchtung Ausdruck, seelisch krank zu sein. Zögernd besann sie sich nun auch auf ihre wahnhaften Erlebnisse. Daraus ergab sich, zusammen mit den Berichten der Nachbarn und Bekannten, folgendes Bild:

Einige Tage vor der Aufnahme war ihr plötzlich alles verändert vorgekommen und verdächtig erschienen. Sie hatte Radiomeldungen und Zeitungsnotizen auf sich bezogen und aus dem Fernsehprogramm besondere Tips entnommen, die ihr aufzeigten, was andere Leute gegen sie planten. Auch hatte sie störende Geräusche und Morsezeichen von den Antennen der Nachbarhäuser und bedeutungsvolle Vogelstimmen gehört. Dies alles hatte sie in panische Angst versetzt.

Die überzeugt religiöse Frau suchte mehrmals Trost in einer abgelegenen Kapelle und hatte dort "mystische Erlebnisse": Heilige hatten in Offenbarungen zu ihr gesprochen und Christus hatte sich körperlich mit ihr vereint. Seitdem glaubte sie, schwanger zu sein.

Unter einer hochdosierten Behandlung mit Neuroleptika distanzierte sich die Patientin recht schnell von ihren psychotischen Inhalten. Ihre Angst ging allmählich über in die Sorge um ihren Bruder und die Weiterführung ihrer Praxis. Beides konnte von der Klinik aus schon teilweise

geregelt werden, was Frau St. endlich zur Ruhe kommen ließ. Nach Ablauf von vier Wochen konnte sie symptomfrei und mit völliger Krankheitseinsicht nach Hause entlassen werden.

Krankengeschichte eines Patienten mit einem

II. polymorph-stabilisierten Syndrom

Der 26-jährige Patient Werner St. kam nach einem Suicidversuch zur Aufnahme. Er hatte sich die Pulsadern durchtrennt, weil niemand seine Verfolgungsangst ernst genommen hatte.

Früher war er nie auffällig gewesen, auch sind in der Familie keine Geistes- und Gemütskrankheiten bekannt. Es handelte sich bei Herrn St. um einen pyknisch-dysplastischen jungen Mann, der von seiner Mutter als Einzelgänger von gutmütiger, empfindsamer, unausgeglichener Wesensart beschrieben wurde, der es trotz guter Intelligenz wegen seiner Trägheit beruflich nicht weit gebracht und häufig seine Stellung gewechselt habe.

Zur Zeit seiner Erkrankung arbeitete er in einem amerikanischen Panzerwerk, wo er sich mit seinen Vorgesetzten besser verstand als mit seinen deutschen Mitarbeitern, die ihn, wie er berichtete, darum schief ansahen.

Etwa zwei Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik glaubte der Patient, daß seine Kollegen heimlich über ihn redeten und ihm vorwürfen, er täte zuviel für die Amerikaner. Kurz darauf fand er auf einer Dienstreise, daß die Verhandlungen anders verlaufen seien als sonst. Normale Dinge wurden für ihn plötzlich merkwürdig und bedeutungsvoll. Dann fiel ihm auf, daß sich überall, wohin er kam, die gleichen Leute aufhielten und ihn beobachteten. Daraus schloß er, daß dies wohl russische Spione seien, die ihn durch das Beobachten verrückt machen wollten, um ihm dann die Produktionszahlen des Panzerwerkes zu entlocken. Er war sich aber nicht sicher, ob es sich nicht auch um westliche Agenten

handeln könne, die ihn am Ausplaudern von Geheimnissen hindern wollten. In Radio und Fernsehen wurden symbolisiert Warnungen vor Spionen an ihn gerichtet. Bald hörte er auch vorwurfsvolle Männerstimmen, die seinen Namen riefen, behaupteten, er sei großwahnsinnig oder ihm Befehle gaben, gegen die er sich aber zur Wehr setzte, indem er immer gerade das Gegenteil des Befohlenen tat. Er glaubte, man habe ihn vergiftet, um ihn in diesen Zustand zu bringen, man hypnotisiere ihn und entziehe ihm seine Gedanken. Schließlich steigerte sich seine Ratlosigkeit so sehr, daß er versuchte, sich das Leben zu nehmen.

Auch in der Klinik verharnte er noch längere Zeit in seiner Wahnstimmung. Schon draußen waren ihm alle Menschen bekannt vorgekommen, und das ganze Geschehen um ihn herum war wie ein Film gewesen, der für ihn und vor ihm abgelaufen war. Auf der Station hatten Ärzte und Patienten die Aufgabe, ihn zu bespitzeln.

Unter der neuroleptischen Behandlung verloren seine Wahnideen allmählich das Beängstigende und wurden von dem Patienten mehr als Phantastereien angesehen. Aber auch als er nach vierwöchigem Aufenthalt auf Drängen der Familie in hausärztliche Behandlung entlassen wurde, wirkte er in seiner Krankheitseinsicht noch nicht überzeugend.

Bereits nach einer Woche wurde Herr St. erneut eingewiesen. Das Bild war im Inhalt das gleiche wie zuvor. Diesmal aber war die Wahnstimmung ganz in den Hintergrund getreten. Dafür hatte er seinen Wahn nun durch neue "Fakten" untermauert und verfestigt und war von der Wirklichkeit seiner Erlebnisse überzeugter denn je.

Im Verlaufe der erneuten sechswöchigen Behandlung legte sich seine psychomotorische Unruhe ganz, er distanzierte sich aber nur sehr langsam von seinen Inhalten und kam bis zur Entlassung nicht zu einer befriedigenden Krankheitseinsicht.

Es blieb eine gewisse körperliche und geistige Trägheit, die aber vorläufig von der erwähnten präpsychotischen Persönlichkeitsstruktur nicht sicher abzugrenzen war.

Krankengeschichte einer Patientin mit einem

III. polymorph-systematisierten Syndrom

Die 55-jährige Patientin Katharina K. machte 1967 den siebten Schub einer Psychose durch, die zum ersten Mal 1955 in ihrem 43. Lebensjahr aufgetreten war.

Aus der Familie hatte lediglich der Sohn ihrer Schwester im Alter von 20 Jahren einmal eine Behandlung in einer psychiatrischen Anstalt erfahren.

Bei unserer Patientin handelte es sich um eine lebensbejahende, schlichte Frau von zierlichem Körperbau, die, nach außen hin etwas kontaktschwach, ganz in dem Leben mit ihrer Familie aufging.

Sie hatte mit 29 Jahren geheiratet und trotz der Untreue ihres Mannes eine recht gute Ehe geführt, aus der zwei gesunde, jetzt erwachsene Söhne hervorgegangen sind, die noch im elterlichen Hause leben.

Nach der Rückkehr aus dem Kriege hatte sich ihr der Ehemann aber völlig entfremdet, unterhielt ständig Beziehungen zu anderen Frauen und kümmerte sich gar nicht mehr um seine eigene Frau, die er nur noch für sich arbeiten ließ. Seit dieser Zeit litt die Patientin unter heftigen Magenbeschwerden, die jeweils nach den Mahlzeiten auftraten, und hegte den leisen Verdacht, daß ihr der Ehemann etwas ins Essen gemischt habe.

Erstmals auffällig wurde sie aber erst sieben Jahre später, nachdem sie aus der Nähe ihrer Eltern fort in ein kleines Dorf umgezogen war, wo sie keinerlei Anschluß an andere Menschen finden konnte.

Diesmal entwickelte sie ausgeprägte Vergiftungsideen, konnte weder essen noch trinken, und es kam zu Schlaflosigkeit und starker Abmagerung.

Sie litt unter osmischen Halluzinationen und glaubte, das Bett rieche nach Insektengift und die Wohnung nach Äther. Das Essen erschien ihr in Aussehen und Geschmack verdächtig.

Mit massiven Angstzuständen und katatonen Bewegungsverarmung wurde sie in die Klinik eingewiesen.

Auffallend ist, daß sich genau das gleiche Bild bei jeder phase wiederholte. Jedesmal war es der Ehemann, der sie vergiften wollte, und jedesmal waren ihre Wahnideen von starkem Affekt getragen.

Bei dem letzten Rückfall hatte sie allerdings auch ihre Söhne in ihre Vergiftungsideen miteinbezogen.

Nach der Aufnahme in die Klinik war es immer schnell zu einer Beruhigung gekommen, die aber nach der Rückkehr in die Familie nie lange anhielt.

Die Dauer der Phasen schwankte zwischen zwei und vier Monaten, nie aber war es zu einer völligen Remission gekommen, und Frau K. hatte auch nach Abklingen der Psychose kaum Krankheitseinsicht erlangt.

Ein faßbarer Defekt hat sich bis jetzt bemerkenswerterweise nicht ausgebildet.

In diesem Fall zeigen sich in fast beispielhafter Weise Übereinstimmungen mit Beobachtungen, wie sie Peters (1967) bei der Primärpersönlichkeit von Patienten mit exogenem paranoide-halluzinatorischem Syndrom gemacht hat.

Auch hier findet sich eine "Vorfeldsituation", die eine Entwicklung auf die Psychose hin bis zu einer bestimmten Grenze psychologisch einfühlbar erscheinen läßt."

Auch hier lag eine "Situation des Alleinseins, der Isolierung von zwischenmenschlichen Beziehungen" vor, die "selbst mitten in der Familie als Auswirkung eines zugleich mit einer chronischen Krankheit sich entwickelnden Mißtrauens" eintrat. (Als chronische Krankheit könnte in diesem Fall, wenn auch sicher nicht als wesentliche Ursache, die sicher bestehende chronische Gastritis anzusehen sein.)

Für das Vorliegen einer endogenen Psychose spricht aber hier, neben anderen Kriterien, die fehlende Krankheitseinsicht und die niemals eingetretene Korrektur der Wahnideen.

Krankengeschichte eines Patienten mit einem

IV. monomorph-stabilisierten Syndrom

Der 53-jährige, ledige Ewald L. ist seit 1949 Patient des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Eichberg.

Aus seiner Vorgeschichte war zu erfahren, daß er im Kreise einer großen gesunden Familie eine glückliche Kindheit ohne Auffälligkeiten durchlaufen hatte.

Nach dem Abschluß der Volksschule machte er eine Konditorlehre durch und bestand die Gesellenprüfung.

Später war er Soldat geworden und als Obergefreiter für kurze Zeit in Gefangenschaft gekommen.

Nach Kriegsende und Entlassung aus der Gefangenschaft nahm er keine Arbeit mehr auf, sondern beschäftigte sich nur noch mit religiösen Dingen.

Nach Angaben seines Bruders wurde der Patient Mittelpunkt eines religiös-mystischen Zirkels und versenkte sich so tief in geistliche Probleme, daß er die Beziehung zum Körperlichen verlor.

1947 wurde er nach einem Suicidversuch durch Hammerschläge auf den Kopf schwer verletzt in eine Klinik eingewiesen.

Die Krankenblatteintragungen aus dieser Zeit berichten über Beziehungsideen, Verschrobenheit und Maniriertheit des Patienten. Er hatte ein religiöses Wahnsystem entwickelt, sah sich als Sohn eines neuen Gottes, von dem er in akustischen Halluzinationen Anweisungen erhielt.

Er hatte eine eigene Gemeinde um sich gesammelt und gab an, ihm, dem Leiter dieser "Gralsbewegung", seien Schriftsätze und Bilder herabgesenkt worden, was nur denen widerfahre, die sich vollkommen von irdischen Dingen distanzieren und ganz im Geiste lebten.

Nach einem Monat war er aus stationärer Behandlung entlassen worden. Über seinen Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt war nichts zu erfahren.

1949 wurde der Patient in die Landesnervenklinik aufgenommen. Wie bei seiner ersten Erkrankung hatte er auch nun wieder katatone Zustände und gelegentlich optische Halluzinationen. Auffallend war sein schizophren-pathetischer Satzbau mit vielen Wortneubildungen. Diesmal hatte er ein System entwickelt, bei dem er für bestimmte Begriffe Zahlen einsetzte und ihnen so eine Rangfolge verlieh.

So bedeutete:	1 = Licht	7 = Kälte
	2 = Leben	8 = Strahlung
	3 = Kraft	9 = Erde
	4 = Luft	10 = Stein
	5 = Wasser	11 = Dampf.
	6 = Feuer	

Herr L. wurde bis 1950 mit Cardiazol-, Elektro- und Azomanschocks behandelt. (Die Unterlagen über seitdem angewandte Therapie fehlen infolge eines Archivbrandes.) Nach den Berichten des behandelnden Arztes hatte sich an dem Krankheitsbild in den seit der Aufnahme vergangenen 18 Jahren kaum etwas geändert. Allerdings sind die Phasen zwischendurch immer wieder von längeren Remissionen unterbrochen worden, in denen der Patient fleißig arbeitet und Zukunftspläne schmiedet.

Als ich 1967 mit Herrn L. sprach, fand ich einen freundlichen, zugewandten Mann, der kaum den Eindruck eines psychisch Kranken machte. Während der Exploration erzählte er aber bereitwillig von seinem System, das er inzwischen weiter ausgebaut hatte: "Ich bin jetzt bis 22 gekommen, bis 10 ist schon ein langer Weg. 10 genügt für den Menschen."

Ein Defekt hatte sich zumindest im Denken des Patienten ausgebildet, das eingeengt und wenig flexibel erschien. Auch hat er weitgehend die Beziehung zur Realität und die Fähigkeit zur Selbstkritik verloren.

Krankengeschichte einer Patientin mit einem

V. monomorphen Syndrom

Frau Elfriede G. stammt aus einer gesunden Handwerkerfamilie. Sie wuchs als einziges Kind in freundlichem häuslichem Milieu auf, fühlte sich aber schon seit ihrer Kindheit immer alleine, von anderen ausgeschlossen und neigte dazu, alles schwer zu nehmen.

Mit 20 Jahren heiratete sie einen fleißigen, aber gefühlkalten und jähzornigen Mann, der kein Verständnis für sie aufbrachte. Nach der Geburt ihres zweiten, jetzt 17 Jahre alten Sohnes waren die ehelichen Beziehungen von ihrem Mann ganz abgebrochen worden.

1958 übernahm ihr Mann gegen ihren Willen eine Gastwirtschaft, in der sie auch mitarbeiten mußte. Damit hatte sie sich nie abfinden können, und sie litt unter der dort herrschenden Atmosphäre. Auch trank sie seitdem sehr viel. Im gleichen Jahr unternahm sie einen Selbstmordversuch und stand daraufhin einige Monate in ambulanter psychiatrischer Behandlung.

1959, im Alter von 31 Jahren, wurde die Patientin erstmals in eine Klinik eingewiesen. Sie glaubte, unter Hypnose zu stehen und Dinge wahrzunehmen, die sie früher nicht bemerkt hatte. In Radio und Fernsehen seien immer wieder Sendungen gebracht worden, die sie heilen sollten. Auch ihr Arzt habe ein bestimmtes Verfahren gegen sie eingeleitet, in dem alles wieder in Ordnung gebracht werden solle, was sie früher falsch gemacht habe. Von ihrem Vater beauftragte Leute lauerten überall in der Wohnung und in der Gastwirtschaft auf sie, um sie mit Bemerkungen zu provozieren. Schließlich war sie in den Wald geflüchtet, um sich umzubringen.

Nach einer über vier Wochen lang durchgeführten Therapie mit Neuroleptika konnte sie in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden.

Dort mußte sich wohl die Patientin in einem erträglichen Zustand gehalten haben.

Sie kam erst 1963 wieder in die Klinik und bot im wesentlichen das gleiche Bild wie bei der ersten Aufnahme. Allerdings traten nun die psychotischen Symptome etwas klarer hervor, dafür war eine Wahnstimmung nicht mehr zu erkennen.

Nach diesem zweiten Kliniksaufenthalt entwickelte sich ein bleibender Defekt. Sie kümmerte sich nicht mehr um ihre Kinder und vernachlässigte den Haushalt, verhielt sich jeder Situation gegenüber gleichgültig, war keiner Gefühlsregung mehr fähig und behielt einen starren Gesichtsausdruck.

Sie wurde seitdem noch fünf weitere Male zur stationären Behandlung aufgenommen, ohne daß es sich um eigentliche Schübe gehandelt hat. Vielmehr war sie nie ganz frei geworden von ihren paranoiden Ideen und Beeinträchtigungs-erlebnissen. Auch zu einer Krankheitseinsicht gelangte sie nicht. Die jeweiligen Entlassungen waren nur erfolgt, weil man gehofft hatte, sie sei in einem für das häusliche Leben ausreichenden Gesundheitszustand.

Seit 1964 war es immer wieder zu sexuellen Beziehungen mit alten Männern gekommen, die sie selbst auf der Straße angesprochen hatte. Die Patientin gab an, sie stehe bei diesen Erlebnissen unter Hypnose eines Arztes.

Die sich immer wiederholenden sexuellen Entgleisungen, die Trinkexzesse und die tätlichen Angriffe auf ihren Mann machten 1967 die Entmündigung von Frau G. notwendig.

Krankengeschichte einer Patientin mit einem

VI. amorphen Syndrom

Fräulein Anita J. wurde im Alter von 22 Jahren zum ersten Mal stationär behandelt, war aber schon seit längerer Zeit durch ihr flatterhaftes unkonzentriertes Wesen aufgefallen. Aus der Familienanamnese war nichts Bemerkenswertes zu entnehmen.

Die Patientin selbst hatte nach einer Zangengeburt eine verzögerte frühkindliche Entwicklung durchgemacht. Sie war als einziges Kind in einem nicht sehr günstigen häuslichen Milieu aufgewachsen. Während ihrer 9-jährigen Schulzeit hatte sie zweimal eine Klasse wiederholen müssen und bestand nach Abschluß der anschließenden Lehrzeit die Gehilfenprüfung nicht. Sie arbeitete danach als Verkäuferin, und es war ihr bis zur Aufnahme in die Klinik fünfmal von ihrem Arbeitgeber gekündigt worden.

Ein in der Klinik durchgeführter Intelligenztest ergab einen IQ von 81.

Das Verhalten der Patientin wurde als distanzlos, streitsüchtig, aggressiv, oberflächlich und läppisch beschrieben. Sie hatte sich seit dem 13. Lebensjahr nur für Männer interessiert, litt unter völligem Mangel an Selbstkritik und zeigte eine primitive Denk- und Ausdrucksweise. Inwieweit dies noch als prämorbid Persönlichkeitsstruktur angesehen werden kann, und wann hier eventuell schon eine hebephrene Wesensveränderung eingesetzt hat, ist nicht zu klären.

Bemerkenswerterweise aber gab die Patientin selbst an, daß es seit 4 Jahren kontinuierlich mit ihr bergab gehe.

Auffällig wurde sie während einer anstrengenden Reise durch Italien. Sie verkannte dort Personen und hatte optische Halluzinationen.

Bei der Aufnahme erschien sie läppisch-heiter und kicherte fortwährend vor sich hin. Inadäquate Antworten ließen keinen Gesprächskontakt zu.

Nach vierwöchiger Behandlung mit Neuroleptika konnte die Patientin gebessert entlassen werden.

Zwei Jahre später wurde sie erneut eingewiesen. In der Zwischenzeit war es zu einem erheblichen sozialen Abgleiten gekommen. Einige Wochen vor der Aufnahme war ihr wieder in ihrer Arbeitsstelle gekündigt worden, und danach war sie aus der elterlichen Wohnung ausgezogen, um mit einem Neger, den sie erst seit einigen Tagen kannte, in einer berüchtigten Gegend der Stadt zusammenzuleben.

Anlaß zur Aufnahme hatte ein Angriff mit dem Messer gegen

ihren Vater gegeben, als dieser ihr wegen ihres Lebenswandels Vorhaltungen gemacht hatte.

Auch diesmal benahm sich Frl. J. läppisch-distanzlos. Sie war zerfahren, kaum zu fixieren und zeigte nicht die geringste innerliche Beteiligung.

Akute schizophrene Symptome waren nicht nachweisbar.

Mehr als ein etwas geordneteres Verhalten war trotz intensiver neuroleptischer Therapie nicht zu erreichen.

Mit einem hebephrenen Defekt, zumindest im affektiven Bereich, mußte die Patientin in hausärztliche Behandlung entlassen werden.

IV EIGENE UNTERSUCHUNGEN

A. Untersuchungsgang

In den Jahren 1967 und 1968 habe ich 120 Kranke persönlich nachuntersucht. 70 von ihnen waren Patienten der Universitäts-Nervenklinik Mainz, von denen ich viele mehrmals sehen konnte; 50 waren Patienten des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Eichberg, die dort zum Teil schon seit Jahren bis Jahrzehnten stationär behandelt wurden.

Die Untersuchungsergebnisse und die verfügbaren Unterlagen über früher durchgemachte Krankheitsphasen, die sehr häufig noch durch Nachexplorationen ergänzt werden mußten, habe ich in 67 Fragekomplexe gegliedert und mit Hilfe eines speziell auf mein Untersuchungsgut zugeschnittenen, differenzierten Schlüssels auf einen Fragebogen übertragen und ausgearbeitet.

Die Angaben über das Symptombild im persönlich untersuchten Querschnitt, d.h. einer Phase der Erkrankung, sowie im Längsschnitt, d.h. aller vorangegangenen Phasen, wurde getrennt erfaßt, wodurch die Ausgangslage, der Verlauf und die Entwicklung der Erkrankung deutlich hervortraten.

Die einzelnen Krankheitsformen wurden nicht in ein vorgegebenes, starres Schema eingefügt, sondern die oben beschriebene syndromdynamische Gliederung ergab sich erst während der Einteilung der verschiedenen Psychoseformen nach dem Gesichtspunkt ihrer symptomschöpferischen Kraft. Diese Neuordnung ist also aus den tatsächlichen Gegebenheiten organisch und zwangsläufig erwachsen.

Im Anschluß daran wurden die Untersuchungsergebnisse und Krankenblattangaben in den nachfolgend angeführten Erhebungsbogen eingetragen und verschlüsselt.

Nicht alle hier aufgezeichneten Merkmale konnten in dieser Arbeit ausgewertet werden, da es in diesem Rahmen vor allem darauf ankam, all jene Daten herauszuheben, die sich für die Abgrenzung der verschiedenen Psychosen und deren Charakterisierung als erforderlich erwiesen.

B. Statistischer Erhebungsbogen für die Katamnese

(Je ein Kästchen steht für ein Merkmal)

Name:

Vorname:

Laufende Nummer (= Nummer des Krankenblattes): -- -- -- 73-75

Geburtsjahr (wobei nur die Ziffern nach der
19 bzw. 18 angegeben werden) : -- -- 2-3

Alter des Patienten (zum Zeitpunkt der Unter-
suchung. 1967 bzw. 1968) :

1 = unter 15 Jahre

2 = 16 bis 19 "

3 = 20 bis 24 "

4 = 25 bis 29 "

5 = 30 bis 39 "

6 = 40 bis 49 "

7 = 50 bis 59 "

8 = 60 bis 75 "

-- 4

Geschlecht:

1 = männlich

2 = weiblich

-- 5

Konstitutionstyp:

1 = asthenisch

2 = leptosom

3 = athletisch

4 = Mischtyp (athletisch + leptosom)

5 = pyknisch

6 = Mischtyp (pyknisch + athletisch)

7 = dysplastisch

-- 6

Familienstand:

1 = ledig und alleinstehend

2 = ledig mit Kind oder ledig in Familie

3 = verheiratet

4 = mehrmals verheiratet

5 = verwitwet

6 = mehrmals verwitwet

7 = geschieden

8 = Sonstiges

9 = keine verwertbaren Angaben

-- 7

Religion (religiöse Bindung):

0 = ohne Bindung

1 = durchschnittlich

2 = fest verankert

3 = besonders stark gebunden

4 = indifferent

5 = Sektierer

./.

- 6 = Sonstiges
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 8

Familiäre Belastung:

- 0 = nein
- 1 = ja, Schizophrenie
- 2 = ja, MDI
- 3 = ja, Diagnose unbekannt
- 4 = ja, Sonstige psychiatr. Erkrankungen
und Psychopathie
- 5 = mehrere
- 9 = keine Angaben -- 9

Erstmanifestationsalter:

- 1 = unter 15 Jahre
- 2 = 16 bis 19 Jahre
- 3 = 20 bis 24 "
- 4 = 25 bis 29 "
- 5 = 30 bis 39 "
- 6 = 40 bis 49 "
- 7 = 50 bis 59 "
- 8 = 60 bis 75 "
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 10

Wahrscheinliche Gesamtzahl bisher durch-
gemachter akuter Schübe:

- 0 = 0
- 1 = keine Angaben möglich, da chronischer
Verlauf
- 2 = 1
- 3 = 2
- 4 = 3
- 5 = 4
- 6 = 5-9
- 7 = 10-14
- 8 = 15-25
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 11

Gesamtdauer des letzten Schubes:

- 1 = 1 Monat und weniger
- 2 = 2 Monate
- 3 = 3 Monate
- 4 = 4-6 Monate
- 5 = 7-9 Monate
- 6 = 10-12 Monate
- 7 = 13-18 Monate
- 8 = 19 Monate und mehr
- 9 = nicht feststellbar oder bei Entlassung
noch voll andauernd oder atypische
Frequenz -- 12

Tendenz der Dauer

der vorangegangenen Schübe zu dem letzten:

- 0 = entfällt, da erster Schub oder chron. Verlauf
- 1 = gleichbleibend
- 2 = länger
- 3 = kürzer
- 4 = stark schwankend
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 13

Durchschnittliche Dauer der Intervalle:

- 0 = entfällt, da erster Schub oder chron. Verlauf
- 1 = unter 3 Monaten
- 2 = 4-6 Monate
- 3 = 7-12 Monate
- 4 = 13-18 Monate
- 5 = 19-24 Monate
- 6 = 1-2 Jahre
- 7 = 3-5 Jahre
- 8 = über 5 Jahre
- 9 = nicht anzugeben, bzw. stark unterschiedlich

-- 14

Tendenz der Dauer der Intervalle:

- 0 = entfällt, da erstes Intervall oder chron. Verlauf
- 1 = gleichbleibend
- 2 = steigend
- 3 = fallend
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 15

Charakterisierung des Schubes:

- 1 = polymorph-unsystematisch
- 2 = polymorph-stabilisiert
- 3 = polymorph-systematisch
- 4 = stabilisiert-unsystematisch
- 5 = monomorph-unsystematisch
- 6 = monomorph-stabilisiert
- 7 = monomorph-systematisch
- 9 = nicht genau einzuordnen

-- 16

Tendenz der Schübe:

- 0 = entfällt, da erster Schub
- 1 = polymorph → monomorph
- 2 = monomorph → polymorph
- 3 = gleichbleibend
- 4 = stabilisiert → monomorph
- 5 = polymorph → stabilisiert
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 17

- 1 = systematisch → unsystematisch
- 2 = unsystematisch → systematisch
- 3 = gleichbleibend
- 4 = stabilisiert → systematisch
- 5 = unsystematisch → stabilisiert
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 18

Krankheitstyp:

- 1 = Hebephrenie
- 2 = Katatonie
- 3 = Paranoide Schizophrenie
- 4 = Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
- 5 = Systematischer Wahn

- 6 = Pfropfschizophrenie (Schwachsinn)
- 7 = Symptomat. Psychose
- 8 = unklar gebliebene Fälle
- 9 = Sonstiges, Besonderes

-- 19

Sinnestauschungen

Akustische Halluzinationen:

- 0 = keine
- 1 = Stimmen (ohne nähere Definition)
- 2 = Stimmen in Ohr und Kopf
- 3 = Stimmen von außen
- 4 = Stimmen, freundliche und kommentierende
- 5 = Stimmen, beängstigende und imperative
- 6 = Stimmen, anfänglich böse - freundlicher werdend
- 7 = Geräusche und Sonstiges
- 8 = mehrere zutreffend
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 20

Optische Halluzinationen:

- 0 = keine
- 1 = ja, ohne nähere Definition
- 2 = szenenhaft geschlossene
- 3 = flüchtige Einzelbilder
- 4 =
- 5 = Sonstiges, Besonderes
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 21

Haptische Halluzinationen:

- 0 = keine
- 1 = ja, ohne nähere Definition
- 2 = im Sexualbereich
- 3 = an inneren Organen
- 4 = Sonstiges, Besonderes
- 5 = elektrische Ströme, Strahlen
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 22

Gsmische Halluzinationen:

- 0 = keine
- 1 = ja, ohne nähere Definition
- 2 = Geruchshalluzinationen
- 3 = Geschmackshalluzinationen
- 4 = nur unangenehme Geruchshalluzinationen
- 5 = nur unangenehme Geschmackshalluzinationen
- 9 = keine verwertbaren Angaben

Emotionelle Beteiligung:

- 0 = keine
- 1 = Angst
- 2 = Verteidigung der Wahninhalte
- 3 = Glücksgefühl
- 4 = Besonderes; Darüberstehen bzw. Leiden unter der Krankheit
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 24

Verlaufslängsschnitt:

Für die folgenden Zielsymptome gilt:

- 0 = nie aufgetreten
- 1 = bei jedem Schub aufgetreten
- 2 = im 1. Schub aufgetreten, danach nicht mehr
- 3 = im 1. Schub nicht aufgetreten, aber danach
- 4 = in den ersten Schüben nicht aufgetreten,
aber in den späteren, letzten
- 5 = in den ersten Schüben aufgetreten,
in den späteren nicht mehr
- 6 = bei einzelnen, nicht aufeinanderfolgenden Schüben aufgetreten
- 7 = wahrscheinlich aufgetreten
- 9 = keine verwertbaren Angaben

Akustische Halluzinationen	-- 25
Optische Halluzinationen	-- 26
Haptische Halluzinationen	-- 27
Osmische Halluzinationen	-- 28
Hypnose, Strahlen, Ströme	-- 29
Wahnstimmung	-- 30
Emotionelle Beteiligung	-- 31
Wahnwahrnehmungen	-- 32
Wahneinfälle	-- 33
Wahnideen	-- 34
Beziehungsideen	-- 35
Denkstörungen	-- 36
Zwänge	-- 37
Hypochondrie	-- 38
Größenideen	-- 39
Stupor, Autismus, Katatonie	-- 40
Hyperkinese	-- 41
depressive Stimmungslage	-- 42
maniforme Stimmungslage	-- 43
Wortneubildungen	-- 44
Sonstiges, Besonderes	-- 45

Extrapsychotische Pathoplastik:

- 0 = nein
- 1 = ja
- 2 = bes. stark, von echten Wahnideen nicht
abzugrenzen
- 3 = wahrscheinlich vorhanden
- 4 = Sonstiges
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 46

Verlaufsform:

- 1 = akut
- 2 = subakut
- 3 = chron. progredient
- 4 = chronisch
- 5 = chronisch mit akut. Zuspitzungen
- 6 = anfangs akut, später chronisch
- 9 = nicht feststellbar

-- 47

Krankheitseinsicht:

- 0 = gar keine
- 1 = von Anfang an
- 2 = kurz nach Beginn der Behandlung
- 3 = allmählich im Verlauf der Behandlung, labile K.E.
- 4 = erst beim Abklingen des Schubes
- 5 = Krankheitsgefühl
- 6 = nur bedingte Krank.-Einsicht
- 7 = bei ersten Schüben schnell, später kaum
noch K.E.
- 8 = früher keine, jetzt aber K.E.
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 48

Art der Therapie: (Längsschnitt.= Von der ersten
Behandlung an.):

- 0 = gar keine Therapie
- 1 = niemals Neuroleptica
- 2 = nur Neuroleptica
- 3 = erst seit 1952 Neuroleptica
- 4 = Schock (EkB + Cardiazol) und Neuroleptica
- 5 = Insulin und Neuroleptica
- 6 = Schock und Insulin
- 7 = nur Schockbehandlung
- 8 = schon jahrelang keine Therapie
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 49

Ansprechbarkeit:

- 0 = keine Änderung im Krankheitszustand
- 1 = mäßige Besserung, nicht entlassungsfähig
- 2 = ausreichend gute Besserung
- 3 = Vollremission
- 4 = Verschlechterung
- 5 = anfangs gute Remissionen, später keine
anhaltende Besserung mehr
- 6 = nach jahrelang unverändertem Zustand
plötzlich Besserung (mit Defekt)
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 50

Defektsymptomatik:

- 0 = keine
- 1 = passagere Insuffizienz
- 2 = Leistungsknick
- 3 = reiner Defekt, Antrieb
- 4 = gemischt schiz. Defekt, mäßiggradig
- 5 = erheblicher schiz. Defekt
- 6 = vollkommene Versandung
- 7 = Versandung, hebephre. Defekt
- 8 = leichter hebephrener Defekt
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 51

Erstmaliges Auftreten der Defektsymptomatik:

- 0 = gar nicht
- 1 = nach dem 1. Schub
- 2 = nach dem 2. Schub
- 3 = nach dem 3. Schub
- 4 = nach dem 4. Schub
- 5 = nach dem 5. Schub
- 6 = nach dem 6. Schub
- 7 = nach dem 7.-10. Schub
- 8 = nach dem 11.-19. Schub
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 52

Zusatzuntersuchungen: (Rö., EEG, Ence.)

- 0 = nicht gemacht
- 1 = gemacht, kein pathol. Befund
- 2 = gemacht, mit pathol. Befund, leicht
- 3 = " " " , schwer
- 4 = frühkindl. Hirnschädigung
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 53

Prämorbidie Persönlichkeit:

- 0 = primitiv strukturiert
- 1 = introvertiert
- 2 = introvertiert, geistig rege
- 3 = wirklichkeitsfremd, unstet, kühl
- 4 = aktiv, unkompliziert
- 5 = erdgebunden, bieder
- 6 = oberflächlich, egozentrisch
- 7 = affektlahm, passiv
- 8 = sensitiv, emotionell irritabel
- 9 = keine verwertbaren Angaben

-- 54

Geburt und frühkindliche Entwicklung:

- 1 = normal
- 2 = abweichend vom Normalen
- 3 = Besonderes
- 9 = nicht feststellbar

-- 55

Geschwisterreihe:

- 0 = Einzelkind, mit Abstand der Jüngste oder Älteste
- 1 = Älterer von zweien
- 2 = Jüngerer " "
- 3 = Ältester von 3-5 Geschwistern
- 4 = Jüngster von 3-5 "
- 5 = Einer von 3-5 "

- 6 = Ältester von über 5 Geschwistern
- 7 = Jüngster von über 5 "
- 8 = Einer von über 5 "
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 56

Familienkonstellation + Erziehung:

- 0 = unauffällig
- 1 = normal, gut
- 2 = normal, sehr streng
- 3 = normal, verwöhnt
- 4 = vaterlos, selbständig
- 5 = Waise, Heimkind
- 6 = ungünstig, schlecht
- 7 = mutterlos, lieblos
- 8 = Besonderes
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 57

Sozialer Statuswandel:

- 0 = gleichbleibend
- 1 = steigend
- 2 = fallend
- 3 = abrupt steigend
- 4 = abrupt fallend
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 58

Ausbildung (Schule und Beruf):

- 0 = kein Beruf bei Frauen
- 1 = unterer Ausbildungsgrad
- 2 = mittlerer "
- 3 = hoher "
- 4 = ohne Beruf bei Männern
- 5 = Hilfsschule + nicht abgeschlossene Volksschulbildung -- 59

Strebungsrelief (Diskrepanz im Verhältnis zum Erreichten):

- 0 = keine Diskrepanz
- 1 = Diskrepanz in Ausbildungsgrad
- 2 = " " Ausbildungsrichtung
- 3 = Sonstiges
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 60

Bindungen:

- 0 = keine Bindung
- 1 = Vaterbindung bei männl. Pat.
- 2 = Vaterbindung bei weibl. Pat.
- 3 = Mutterbindung bei männl. Pat.
- 4 = Mutterbindung bei weibl. Pat.
- 5 = andere familiäre Bindung
- 6 = keine bes. hervorgehobene Bindung
- 7 = besondere Bindungen
- 8 = Aversionen (in der Familie)
- 9 = keine verwertbaren Angaben -- 61

Dauerkonstellation (Ehe und Familie):

- 1 = unverheiratet, alleinstehend, unausgefüllt
 - 2 = geordnete Familienverhältnisse, zufrieden
 - 3 = ungünstig
 - 4 = äußerst ungünstig
 - 9 = keine verwertbaren Angaben
- 62

Dauerkonstellation (Beruf):

- 1 = adäquater Beruf, zufrieden
 - 2 = unregelmäßige Arbeit, häufig Stellungswechsel
 - 3 = unausgefüllt
 - 4 = berufliche Schwierigkeiten
 - 9 = keine verwertbaren Angaben
- 63

**Biologische Krise (als auslösender Faktor
bei einem der Schübe):**

- 0 = nein
 - 1 = ja, Pubertät
 - 2 = ja, Schwangerschaft
 - 3 = ja, Wochenbett
 - 4 = ja, Klimakterium
 - 5 = bei mehreren Schüben verschiedene zutreffend
 - 6 = Krankheit, Überbelastung
 - 9 = keine verwertbaren Angaben
- 64

Akute Konflikte:

- 0 = nein
 - 1 = berufliche Schwierigkeiten
 - 2 = familiäre "
 - 3 = Prüfungen
 - 4 = Enttäuschungen (Liebe)
 - 5 = andere besondere Belastungen
 - 6 = Tod eines Elternteils
 - 7 = ja, mehrere zutreffend
 - 9 = keine verwertbaren Angaben
- 65

Konflikthafte Dauerkonstellationen:

- 0 = nein
 - 1 = ja, beruflich
 - 2 = ja, mit Ehegatten
 - 3 = ja, mit Kindern
 - 4 = ja, mit Schwiegereltern
 - 5 = ja, mit Schwiegereltern und Ehegatten
 - 6 = ja, mit Eltern
 - 7 = ja, mit sich selbst
 - 8 = ja, mehrere zutreffend, Besonderes
 - 9 = keine verwertbaren Angaben
- 66

Übergänge (von einem Krankheitstyp zu einem anderen)

- 0 = entfällt
 - 1 = Katatonie -> Hebephrenie
 - 2 = Hebephrenie -> Katatonie
 - 3 = Paranoid (halluz.) Schizophrenie -> Katatonie
 - 4 = Schizophrenie -> Manisch-depressive Psychosen
 - 5 = Katatonie -> Schizophrenie
 - 6 = Schizophrenie -> System
- 67

C. Anmerkungen und Ergebnisse zu einzelnen

Merkmale des statistischen Erhebungsbogens

Zu Merkmal 16

Die hier angeführte vorläufige "Charakterisierung des Schubes" wurde nach der statistischen Auswertung und der damit gewonnenen Übersicht über jeweils ganze Gruppen lediglich in ihrer Bezeichnung zum Teil geändert, um sie in die hier noch einmal zum Vergleich wiedergegebene, übersichtlichere Fassung zu bringen.

Es stellte sich nun auch heraus, daß es wenig sinnvoll wäre, die zuvor als monomorph-stabilisiert und monomorph-systematisch eingestuften Psychoseformen weiterhin zu trennen, da sie sich als nahezu identisch erwiesen. So bilden sie in der endgültigen Gliederung zusammen den Typ IV unter der Bezeichnung "monomorph-systematisiert".

Die Ergebnisse wurden von den Änderungen in der Benennung in keiner Weise beeinflusst.

1 polymorph-unsystematisch	-	polymorph-fluktuierend	I
2 polymorph-stabilisiert	-	polymorph-stabilisiert	II
3 polymorph-systematisch	-	polymorph-systematisiert	III
4 stabilisiert-unsystemat.	-	monomorph	V
5 monomorph-unsystematisch	-	amorph	VI
6 monomorph-stabilisiert	}	monomorph-systematisiert	IV
7 monomorph-systematisch			

Zu Merkmal 19

Bei meinen 120 Patienten handelte es sich um 60 Männer und 60 Frauen.

Die Krankenblatttdiagnose lautete:

bei 16 Patienten Hebephrenie

bei 29 Patienten Katatonie

bei 55 Patienten Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

bei 14 Patienten Paranoide Schizophrenie

bei 6 Patienten Schizophrenie und Oligophrenie

120 Patienten

Nach der eigenen syndromdynamischen Gliederung ergab sich folgende Verteilung:

I	Polymorph-fluktuierender Typ	38 Patienten
II	Polymorph-stabilisierter Typ	27 Patienten
III	Polymorph-systematisierter Typ	17 Patienten
IV	Monomorph-systematisierter Typ	9 Patienten
V	Monomorpher Typ	15 Patienten
VI	Amorpher Typ	<u>14 Patienten</u>
		120 Patienten

Diese Zuordnung wurde nach dem Bild der ersten erfaßbaren Phase getroffen.
 Wurde nun nach den gleichen Gesichtspunkten die letzte Phase beurteilt, so ergab sich bei der Gegenüberstellung innerhalb der polymorphen Gruppen eine interessante Entwicklung.

Zu Merkmal 17

Von den 82 Patienten, die zu Beginn ihrer Erkrankung den eindeutig polymorphen Syndromen angehört hatten, waren bei der zuletzt erfaßten Phase nur 64 verblieben. Die restlichen 18 Patienten hatten eine Wandlung ihrer Psychose zum vergleichsweise Monomorphen hin durchgemacht.

Syndromdynamische Übergänge

Letzte Phase						
		polymorph	polymorph mit Tendenz zu monomorph	monomorph	amorph	
<u>Erste Phase</u>	polymorph	64	1	0	0	65
	polymorph mit Tendenz zu monomorph	0	0	0	0	0
	monomorph	0	0	24	0	24
	amorph	0	0	0	14	14
	Σ	64	1	24	14	120

Daß es sich bei diesen Fällen nicht um zufällige Schwankungen innerhalb einer Gruppe handelte, sondern um eine echte Tendenz zum Übergang, ergab sich statistisch aus dem Bowker-Test ($\chi^2 = 18$, $p < 5\%$).

Bei den monomorphen und amorphen Syndromen war keine Tendenz in eine andere Richtung hin festzustellen, und somit ist in keinem Fall ein Übergang zum Polymorphen vorgekommen.

Es fiel auf, daß die meisten Fälle mit Übergangsneigung aus der Gruppe des polymorph-stabilisierten Syndroms stammten. Hier hatten 8 von 27 Patienten (30%) diese Entwicklung durchgemacht. Bei den polymorph-fluktuierenden und den polymorph-systematisierten Syndromen hatten nur 8 von 38 bzw. 3 von 17 Patienten (jeweils 18%) eine Tendenz zum Monomorphen gezeigt.

Zu Merkmal 67

An dieser Stelle ist unter Ziffer 4 der Übergang schizophrener Psychosen in manisch-depressive Psychosen vorgesehen. Tatsächlich ist dieser Übergang vorgekommen. Er zeigte sich bei der Verlaufsbeobachtung der Psychosen von drei Patienten, die nach dem Symptombild der ersten Phase der polymorph-fluktuierenden Gruppe anzugehören schienen, die aber nach ein bis drei weiteren Phasen der zylothymen Temperamentskrankheit zugeordnet worden waren. Hierin ist ein Beweis zu sehen für die enge Nachbarschaft der polymorph-fluktuierenden "Schizophrenien" zu den manisch-depressiven Psychosen.

Diese drei Fälle wären bei der Möglichkeit gezielter Beobachtung und Exploration sehr wahrscheinlich unter die Diagnose der bipolaren Erscheinungsform der polymorph-fluktuierenden Psychosen gefallen und entsprechen damit sicher weitgehend den von Störring, Suchenwirth und Völkel als Emotionspsychosen bezeichneten cycloiden Psychosen, die ebenfalls eine Mittelstellung einnehmen zwischen den Temperamentskrankheiten und den Schizophrenien.
(G.E.Störring, R.Suchenwirth und H.Völkel, 1962)

D. Statistische Methodik

Die in dieser Arbeit gemachten Häufigkeitsangaben wurden statistisch überprüft mit dem χ^2 -Test, einem parameterfreien Verfahren, mit dem geprüft werden kann, ob eine empirisch gefundene Häufigkeitsverteilung sich von einer unter einer bestimmten theoretischen Voraussetzung erwarteten Verteilung unterscheidet.

Die für die statistische Aussage benötigte Prüfgröße ist:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(B_i - E_i)^2}{E_i}$$

B = beobachteter Wert

E = erwarteter Wert

i = Zahl der Klassen

In dieser Arbeit wurde der Test im Sinne einer Homogenitätsprüfung angewandt. Dabei wurde geprüft, ob die Beobachtungsdaten ein homogenes Material darstellen oder bezüglich bestimmter Merkmale überzufällige Unterschiede aufweisen. Die Erwartungswerte werden dabei nach folgender Formel aus den Beobachtungswerten berechnet:

$$E = \frac{\text{Zeilensumme} \cdot \text{Spaltensumme}}{\text{Gesamtzahl } n \text{ aller Stichproben}}$$

Für die Formulierung der statistischen Aussage mittels der Prüfgröße und unter Benutzung einer χ^2 -Tabelle wird noch die Anzahl der Freiheitsgrade f benötigt, in diesem Verfahren zu errechnen nach der Formel:

$$f = (\text{Spaltenzahl}-1) \cdot (\text{Zeilenzahl}-1)$$

Aus einer Tabelle läßt sich dann die Irrtumswahrscheinlichkeit p der statistischen Aussage ablesen, die angibt, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, einen Fehler erster Art zu machen, der darin besteht, daß eine Hypothese verworfen wird, obwohl sie richtig ist. Die Hypothese kann z.B. lau-

ten, zwischen den Stichproben besteht kein Unterschied (Null-Hypothese).

Voraussetzung für den Test ist, daß E in keiner Klasse unter 1 liegt und höchstens 20% der Erwartungswerte unter 5 betragen.

Ist p 1%, sprechen wir von einem statistisch signifikanten Ergebnis, bei p 5% von einem statistisch auffälligen. Bei p 5% gilt die Null-Hypothese als nicht widerlegt.

Zu beachten ist bei Anwendung sehr vieler χ^2 -Tests im Rahmen einer größeren Untersuchung, daß bei Aussagen auf dem 1%-Signifikanzniveau in 1% aller Tests auch wieder zufällig ein signifikantes Ergebnis entstehen kann.

E. Vergleichende Gegenüberstellung der einzelnen Psychosetypen anhand wesentlicher Merkmale

1. VERGLEICH DER DREI POLYMORPHEN TYPEN MITEINANDER

Ein Vergleich der drei polymorphen Typen zeigt, daß mit der kontinuierlichen Abnahme der Intensität der Psychose eine Reihe weiterer Merkmale korrespondiert, die von Typ I über Typ II zu Typ III hin ein deutliches Gefälle aufweisen.

a. Lebensalter

(bei Ersterkrankung und zum Untersuchungszeitpunkt)

Im großen ganzen setzen die polymorphen Psychosen später ein als die monomorphen und amomorphen Psychosen. Von meinen Patienten erkrankten im jugendlichen Alter bis zum 25. Lebensjahr lediglich 31 von den 82 Patienten (38%) der drei polymorphen Gruppen, dagegen 9 von 15 (60%) der monomorphen und 12 von 14 Patienten (86%) der amomorphen Gruppe. Ebenfalls deutlich verschieden ist die Häufigkeit der Ersterkrankungen nach dem 40. Lebensjahr. Hier sind die drei polymorphen Gruppen mit insgesamt 17 Patienten (21%) vertreten und die monomorphe und amorphe Gruppe mit je einem von 15 bzw. 14 Patienten 7% .+)

Aus diesen beiden Punkten läßt sich die Aussage ableiten, daß die wenig intensiven, prognostisch ungünstigen Psychosen früher einsetzen als die Mehrzahl der polymorphen Psychosen. (Die Wahl der Altersgrenzen erfolgte bereits vor der Auswertung der Gesamtzahlen vor allem aufgrund klinischer Erfahrungen).

Vergleicht man aber das Lebensalter der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung innerhalb der polymorphen Gruppen, so ergibt sich, daß hier die Intensität der Psychose dem Lebensalter indirekt proportional ist.

Über 40 Jahre alt waren bei polymorph-fluktuierendem Syndrom

+) Eine differenzierte Aufstellung, in der das Erstmanifestationsalter in den drei Altersgruppen für alle sechs Psychosetypen gesondert aufgezeichnet ist, findet sich in der Gesamtübersichtstabelle unter E5.

12 der 38 Patienten (32%), beim polymorph-stabilisierten Syndrom 12 der 27 (44%) und beim polymorph-systematisierten Syndrom 11 der 17 Patienten (65%).

Lebensalter		Typ I	Typ II	Typ III	
	unter 40 J.	26	15	6	47
	über 40 J.	12	12	11	35
	Σ	38	27	17	82

Bei der statistischen Berechnung ergibt sich für die Unterschiedlichkeit der Altersgruppen keine Signifikanz.

$$(\chi^2 = 5,32, p > 5\%)$$

Die Tatsache, daß in drei meiner Fälle ein polymorph-fluktuierendes Syndrom schon vor dem 15. Lebensjahr aufgetreten war, zeigt, daß die meist nach dem Gesichtspunkt des Erstmanifestationsalters als Hebephrenie eingestuften jugendlichen Schizophrenien nicht immer zu den malignen Formen gehören (Leonhard 1964).

Allerdings liegt das typische Erstmanifestationsalter für die polymorph-fluktuierende Form erst zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr.

b. Geschlechtsverteilung

Bezüglich der Geschlechtsverteilung ergibt sich die Feststellung, daß Frauen bei meinen Patienten in doppelt so hoher Zahl bei Typ I vertreten sind als Männer; (Verhältnis Männer : Frauen = 12 : 26.) Dieses Verhältnis verschiebt sich schnell zugunsten der Männer schon bei Typ II; Verhältnis Männer : Frauen = 15 : 12 und schlägt ins Gegenteil um bei Typ III; Verhältnis Männer : Frauen = 12 : 5, der damit fast die gleiche Geschlechtsverteilung aufweist wie der amorphe Typ.

	Typ I	Typ II	Typ III	
Männer	12	15	12	39
Frauen	26	12	5	43
Σ	38	27	17	82

($\chi^2 = 8,20, p < 5\%$). Es ergibt sich demnach bezüglich der Geschlechtsverteilung eine auffallende Unterschiedlichkeit.

c. Präpsychotische Persönlichkeitsstruktur

Der Eindruck, der sich nach dem eben Gesagten aufdrängt, daß Frauen mit ihrer im allgemeinen gefühlsmäßig leichter ansprechbaren und beeindruckbaren Wesensart in der Überzahl zu den intensiveren, turbulenten Psychosen neigen und Männer mehr zu den gestalteten, systematisierten Symptombildern, wird erhärtet durch die Tatsache, daß 12 der 38 Kranken (32%) in Gruppe I zuvor als sensitive, affektlabile Typen charakterisiert worden waren. (Störring, Suchenwirth und Völkel 1962).

Dagegen war nur einer von 27 Kranken in Gruppe II und schließlich kein einziger Patient in Gruppe III diesem Charaktertyp zugeordnet worden, womit bei Typ III auch hier wieder eine Übereinstimmung mit dem amorphen Typ vorliegt.

In ähnlicher Weise wie anscheinend die emotionelle Grundstruktur des Erkrankten seine Psychose in ihrer Dynamik mitprägt, scheint auch die emotionelle Beteiligung an dem psychotischen Erleben damit zusammenzuhängen. Besonders deutlich wird das später bei dem Vergleich der affektiven Beteiligung zwischen dem polymorph-fluktuierenden und dem amorphen Typ.

d. Phasendauer

Ebenso akut, wie eine Krankheitsphase entsteht, klingt sie auch meist wieder ab. Die Dauer der Phase ergibt bei den polymorphen Gruppen gute prognostische Hinweise. Bei dem polymorph-fluktuierenden Syndrom dauern nur bei 4 von 38 Patienten (11%) die Schübe über ein Jahr an. Bei 27 der 38 Patienten (71%) hatten sie schon nach spätestens drei Monaten ihr Ende gefunden. Dafür ist in dieser Gruppe eine schnelle Aufeinanderfolge zahlreicher Phasen charakteristisch. In fünf Fällen waren bis zum Untersuchungszeitpunkt sechs Phasen registriert worden, in einem Fall elf Phasen.

Bei den stabilisierten Formen halten die Psychosen schon erheblich länger an, d.h. nur 10 von 27 psychotischen Patienten (37%) hatten eine Phasendauer bis zu drei Monaten. Ebensoviele (37%) dauerten länger als ein Jahr an.

Bei der polymorph-systematisierten Form schließlich waren lediglich bei 4 von 17 Patienten (24%) die Phasen innerhalb von drei Monaten abgelaufen und bei 5 Patienten (29%) erst nach mehr als einem Jahr.

Phasendauer	Typ I	Typ II	Typ III	
bis 3 Monate	27	10	4	41
3 Monate - 1 Jahr	7	7	8	22
über 1 Jahr	4	10	5	19
Σ	38	27	17	82

($\chi^2 = 15,41$, $p < 1\%$). Die Unterschiede der drei Gruppen hinsichtlich der Phasendauer sind signifikant.

e. Therapeutische Ansprechbarkeit

Ausschlaggebend für die Prognose ist weiterhin die therapeutische Ansprechbarkeit und damit das Behandlungsergebnis.

Auch hier nimmt wieder Typ I die günstigste Stellung ein. Die guten Heilerfolge werden zum überwiegenden Teil mit Neuroleptika erzielt, so daß eine Elektrokrampfbehandlung, die bei 8 von 38 Patienten (21%) angewendet worden war und auf die gerade dieser Typ besonders gut anspricht, meistens nicht notwendig wird.

Vollremissionen konnten bei 18 der 38 Patienten (47%) des Typs I bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung erreicht werden, aber nur bei 6 von 27 Fällen (22%) des Typs II und bei 3 von 17 Fällen (18%) des Typs III.

Mäßige bis gute Besserungen ergaben sich bei Typ I in 13 von 38, bei Typ II in 11 von 27 und bei Typ III in 9 von 17 Fällen. Unzureichende Behandlungsergebnisse wiesen bei Typ I 2 Patienten auf (5%), bei Typ II 6 Patienten (22%) und bei Typ III 3 Patienten (18%).

f. Krankheitseinsicht

Ein Indiz für die therapeutische Ansprechbarkeit ist das Wiedererlangen der Krankheitseinsicht unter der Behandlung.

Aus der Reihe der polymorph-fluktuierenden Psychosen hatten bei Abschluß der stationären Behandlung 27 von 38 Patienten (72%) eine überzeugende Krankheitseinsicht erlangt; aus der Reihe der polymorph-stabilisierten hingegen nur 8 von 27 (30%) und aus der Reihe der polymorph-systematisierten Psychosen 6 von 17 Patienten (36%).

g. Phasenüberdauernde Veränderungen

Krankheitsresiduen in ihren verschiedensten Manifestationen und Schweregraden sind ebenfalls im statistischen Erhebungsbogen erfaßt. Sie reichen von Insuffizienzsyndromen über Temperamentsanomalien bis zu Alterationen des Antriebs und ausgesprochen defektösen Veränderungen auf gei-

stigem Gebiet. Gerade bei der Benennung dieser Residuen bin ich immer wieder auf Schwierigkeiten gestoßen, da mir ihre Erfassung in Bezug auf Qualität und Quantität besonders bei den weniger polymorphen Formen von Psychosen nicht objektiv genug erschien und Ergebnisse differenzierter psychologischer Testreihen über diesen Punkt zur Kontrolle erforderlich gewesen wären. (Diese Untersuchungen sind in Bearbeitung).

Dennoch läßt sich das Folgende eindeutig feststellen: Phasenüberdauernde Veränderungen treten in der polymorph-fluktuierenden Gruppe bei weitem am seltensten auf, nämlich nur in 11 von 38 Fällen (29%), und zwar in 6 von diesen 11 Fällen (21%) nach den ersten beiden Schüben, so daß danach kaum noch mit weiteren Veränderungen gerechnet werden muß. Somit ist nach der Zweiterkrankung eine weitgehend sichere Prognose schon möglich.

Im Gegensatz dazu sind bei der polymorph-stabilisierten Gruppe nach dem ersten Schub nur in 2 von 27 Fällen (7%) Residuen erkennbar. Diese Zahl erhöht sich nach dem zweiten Schub auf 9 von 27 (33%) und liegt nach der dritten bis vierten Erkrankung bei 18 von 27 Fällen (67%).

Fast gleich häufig wie bei Gruppe II sind phasenüberdauernde Veränderungen bei der polymorph-systematisierten Form zu beobachten, nämlich in 11 von 17 Fällen (65%). 5 der Patienten (29%) zeigen diese Veränderungen hier schon nach der ersten Erkrankung.

Phasenüberdauernde Veränderungen	Typ I	Typ II	Typ III	
aufgetreten	11	18	11	40
nicht sicher aufgetreten	27	9	6	42
Σ	38	27	17	82

$\chi^2 = 11,17$, $p < 1\%$ Das unterschiedlich häufige Auftreten phasenüberdauernder Veränderungen ist signifikant.

Übersichtstabelle 1 +)

zu den vorangegangenen Ausführungen unter E1

Vergleich der drei polymorphen Typen miteinander

Merkmal	Typ I (n=38)	Typ II (n=27)	Typ III (n=17)
a. <u>Lebensalter</u> zum Untersuchungs- zeitpunkt			
unter 40 Jahre	26 (68%)	15 (56%)	6 (35%)
über 40 Jahre	<u>12 (32%)</u>	<u>12 (44%)</u>	<u>11 (65%)</u>
	38 (100%)	27 (100%)	17 (100%)
b. <u>Geschlechts- verteilung</u>			
Frauen	26 (68%)	12 (44%)	5 (29%)
Männer	<u>12 (32%)</u>	<u>15 (56%)</u>	<u>12 (71%)</u>
	38 (100%)	27 (100%)	17 (100%)
c. <u>Präpsychot. Persön- lichkeitsstruktur</u>			
emotionaler Typ	12 (32%)	1 (4%)	0 -
andere Typen	<u>26 (68%)</u>	<u>26 (96%)</u>	<u>17 (100%)</u>
	38 (100%)	27 (100%)	17 (100%)
d. <u>Phasendauer</u> der letzten Phase			
bis 3 Monate	27 (71%)	10 (37%)	4 (24%)
3 Monate- 1 Jahr	7 (18%)	7 (26%)	8 (37%)
über 1 Jahr	<u>4 (11%)</u>	<u>10 (37%)</u>	<u>5 (39%)</u>
	38 (100%)	27 (100%)	17 (100%)
e. <u>Behandlungsergebnis</u>			
Vollremission	18 (47%)	6 (22%)	3 (18%)
mäßig bis gut	13 (34%)	11 (41%)	9 (53%)
unzureichend	2 (5%)	6 (22%)	3 (18%)
nicht zu beurteilen	<u>5 (14%)</u>	<u>4 (15%)</u>	<u>2 (11%)</u>
	38 (100%)	27 (100%)	17 (100%)

Fortsetzung der Übersichtstabelle 1

Merkmal	Typ I (n=38)	Typ II (n=27)	Typ III (n=17)
f. <u>Krankheitseinsicht</u>			
erreicht	27 (72%)	8 (30%)	6 (36%)
nicht oder nicht überzeugend erreicht	<u>11 (28%)</u>	<u>19 (70%)</u>	<u>11 (64%)</u>
	38 (100%)	27 (100%)	17 (100%)
g. <u>Phasenüberdauernde Veränderungen</u>			
aufgetreten	11 (28%)	18 (67%)	11 (65%)
nicht aufgetreten bzw. nicht sicher feststellbar	<u>27 (72%)</u>	<u>9 (33%)</u>	<u>6 (35%)</u>
	38 (100%)	27 (100%)	17 (100%)

Anmerkung:

Typ I = polymorph-fluktuierendes Syndrom

Typ II = polymorph-stabilisiertes Syndrom

Typ III = polymorph-systematisiertes Syndrom

n = Anzahl der Patienten der jeweiligen Gruppe

+) Erläuterung:

Die oben aufgezeichnete Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten im Text beschriebenen Ergebnisse.

Da die Häufigkeitsangaben sich aus dem relativ kleinen Patientengut der einzelnen Gruppen ergeben haben, kann von ihnen nur die Grundrichtung der jeweiligen Erhebungen, nicht aber eine allgemein gültige Aussage abgeleitet werden.

Einzelne, klinisch besonders interessierende Merkmale wurden statistisch überprüft und sind mit der entsprechenden Testanordnung und dem χ^2 -Wert im Text angeführt. Die von den kleinen Zahlen an sich unzulässigen Prozentberechnungen sind lediglich zur Orientierungserleichterung den absoluten Werten in Klammern nachgestellt.

Eine ausführliche Aufstellung der einzelnen Merkmale für alle sechs Psychosetypen findet sich in der Gesamtübersichtstabelle unter E5.

2. GEGENÜBERSTELLUNG DER SYSTEMATISIERTEN FORMEN DES POLYMORPHEN UND DES MONOMORPHEN TYP

Der polymorph-systematisierte Typ wurde zwar im Vorangegangenen innerhalb der polymorphen Reihe schon teilweise mit abgehandelt, im folgenden sollen jedoch die polymorphe und die monomorphe Ausprägungsart der wahnhaften Schizophrenien noch einmal gesondert einander gegenübergestellt werden. In ihrer Verschiedenheit zeigt sich die Berechtigung ihrer Trennung.

a. Geschlechtsverteilung

Auffällig ist, daß diese im engeren Sinne paranoiden Verläufe vorwiegend beim männlichen Geschlecht zu finden sind. Beim polymorph-systematisierten Typ waren 12 von 17 Patienten (71%) Männer und beim monomorph-systematisierten Typ 6 von 9 (67%).

b. Lebensalter

Auch in Bezug auf das Lebensalter verhielten beide Typen sich ähnlich. Beide waren in der Mehrzahl in der zweiten Lebenshälfte zu finden. 11 von 17 Patienten (65%) des Typs III und 5 von 9 Patienten (56%) des Typs IV waren zum Untersuchungszeitpunkt älter als 40 Jahre.

c. Festigkeit des aufgebauten Systems

Unterschiedlich ist das Festhalten an den psychotischen Inhalten. Ein starres System zeichnet die monomorphe der beiden Formen aus, bei der eine invariable Symptomatik häufiger zu beobachten ist als bei der polymorphen Form, die, wie schon aus der Benennung hervorgeht, dynamischer und damit modulationsfähiger in Erscheinung tritt. Eine Ausbreitung auf die Umgebung und ihre Miteinbeziehung in das psychotische Erleben spricht ebenso dafür wie der schlagartige Abbruch der Symptomatik, zu dem es häufig nach Aufnahme des Patienten in die Klinik gekommen war und auch das Wiederaufleben des Wahns bei Rückkehr in die alte Umgebung.

d. Emotionelle Beteiligung

In die gleiche Richtung weist die emotionelle Beteiligung am Krankheitsgeschehen, die sich zumeist in Form von Angst äußerte. Sie war zu finden bei 11 von 17 Patienten (65%) des polymorphen Typs und bei 4 von 9 Patienten (44%) des monomorphen Typs.

e. Produktive Symptomatik

Verständlicherweise überwog auch die produktive Symptomatik in der Gruppe III gegenüber der Gruppe IV.

Eine Wahnstimmung erlebten 8 der 17 Patienten in Gruppe III (47%) und nur einer der 9 Patienten in Gruppe IV (11%).

Wahneinfälle traten auf bei 9 der 17 Patienten (53%) in Gruppe III und bei 4 der 9 Patienten (44%) in Gruppe IV.

Wahnwahrnehmungen hatten 14 der 17 Erkrankten (82%) in Gruppe III und 5 der 9 Erkrankten (56%) in Gruppe IV.

Akustische Halluzinationen wurden von 11 der 17 Patienten (65%) in Gruppe III angegeben und von 3 der 9 Patienten (33%) in Gruppe IV.

Optische Halluzinationen waren bei beiden Gruppen relativ selten vorgekommen und zwar nur in 4 von 17 (23%) bzw. 2 von 9 (22%) Fällen bei Gruppe III bzw. IV.

Beeinflussungen durch Hypnose und Strahlen hatten 9 der 17 Patienten (53%) aus Gruppe III empfunden und 2 der 9 Patienten (22%) aus Gruppe IV.

Psychomotorische Auffälligkeiten in Form von Hyperkinese fanden sich nur in Gruppe III bei 2 der 17 Patienten (12%).

f. Therapeutische Ansprechbarkeit

Die therapeutische Ansprechbarkeit war, wie erwartet, bei den polymorphen Wahnbildern erheblich besser. Allerdings war hier in 6 von 17 Fällen (35%) eine Elektrokrampfbehandlung zur Hilfe genommen worden, was bezeichnenderweise bei den Patienten der monomorph-systematisierten Gruppe gar nicht erst versucht worden war.

Eine ausreichend gute Besserung bis hin zur Vollremission wurde bei 8 von 17 Patienten (47%) des polymorphen Typs und nur bei einem der 9 Patienten (11%) des monomorphen Typs erzielt.

g. Krankheitseinsicht

Eine Krankheitseinsicht konnte im Verlaufe der Behandlung bei 6 von 17 Patienten (36%) der Gruppe III und bei einem Patienten der Gruppe IV erreicht werden.

h. Phasendauer

Lang anhaltende Phasen über die Dauer eines Jahres hinaus lagen mit 6 von 9 Fällen (67%) bei Typ IV noch über den entsprechenden Prozentsätzen der monomorphen und amorphen Gruppen. Bei Typ III waren es 5 von 17 Patienten (29%), die diese lang anhaltenden Krankheitsphasen durchmachten.

i. Prämorbidie Persönlichkeitsstruktur

Wenn man auch bei diesen beiden Gruppen die prämorbidie Persönlichkeit der Betroffenen vergleicht, so fällt auf, daß in Gruppe III der introvertierte Menschentyp bei 6 von 17 Patienten (35%) vertreten war, der in seiner reinen Form bei Gruppe IV ganz fehlte, und der aktiv-unkomplizierte Typ mit 4 von 9 Fällen (44%) in Gruppe IV häufiger anzutreffen war als in Gruppe III, in der nur 5 der 17 Patienten (29%) diese Wesensart hatten.

j. Anteil an Verheirateten

An dieser Stelle sei wegen ihrer unerwarteten Auffälligkeit auf die Feststellung hingewiesen, daß in der Gruppe III lediglich 4 von 17 Patienten (24%) verheiratet waren, dagegen aber 5 der 9 Patienten (56%) in Gruppe IV. Inwieweit dies in Beziehung zu bringen ist mit der oben beschriebenen Wesensart der betreffenden Menschengruppen, sei dahingestellt.

k. Frühkindliche Entwicklung

Die Zahl der Erkrankten, die eine pathologische frühkindliche Entwicklung durchgemacht hatten, liegt bei Gruppe III mit 4 von 17 (24%) über dem Durchschnitt. In Gruppe IV war dies nur bei einem der 9 Patienten der Fall gewesen.

In ebenso hoher Zahl (24%) gehören der Gruppe III Einzelkinder an bzw. mit Abstand jüngste oder älteste Kinder einer Geschwisterreihe, die in Gruppe IV nicht zu finden waren.

l. Dauerkonstellation in Ehe und Beruf

Auch eine ungünstige Dauerkonstellation in der Ehe und ein unregelmäßiges und unausgefülltes Berufsleben zeigten sich bei den Patienten der Gruppe III mit 6 von 17 (35%) Fällen auffallend häufiger als mit den 2 von 9 (22%) Fällen der Gruppe IV.

m. Sozialer Statuswandel

Auf der gleichen Linie liegt ein klares Absinken im sozialen Stand, das bei 4 von 17 Patienten (24%) der Gruppe III zu verzeichnen war, in keinem Fall aber in Gruppe IV.

n. Strebungsrelief

Nach dem in den vorangegangenen Punkten Aufgezeigten ist es umso erstaunlicher, daß gerade bei den Patienten der Gruppe IV eine große Diskrepanz zwischen Erreichtem und Erstrebtem deutlich wurde.

Mit 6 von insgesamt 9 (67%) waren solche mit sich unzufriedene Menschen in dieser Gruppe bei weitem am zahlreichsten vertreten.

Übersichtstabelle 2 +)

zu den vorangegangenen Ausführungen unter E2

Gegenüberstellung der systematisierten Formen
des polymorphen und des monomorphen Typs

Merkmal	Typ III polymorph- systematisiert (n=17)	Typ IV monomorph- systematisiert (n=9)
a. <u>Geschlechts- verteilung</u>		
Frauen	5 (29%)	3 (33%)
Männer	<u>12</u> (71%)	<u>6</u> (67%)
	17 (100%)	9 (100%)
b. <u>Lebensalter zum Untersuchungs- zeitpunkt</u>		
unter 40 Jahre	6 (35%)	4 (44%)
über 40 Jahre	<u>11</u> (65%)	<u>5</u> (56%)
	17 (100%)	9 (100%)
c. <u>Emotionelle Beteiligung</u>		
vorhanden	11 (65%)	4 (44%)
nicht vorhanden	<u>6</u> (35%)	<u>5</u> (56%)
	17 (100%)	9 (100%)
d. <u>Produkt.Symptomatik</u>	von 17 Patienten zeigten jeweils:	von 9 Patienten zeigten jeweils:
Wahnstimmung	8 (47%)	1 (11%)
Wahnwahrnehmungen	14 (82%)	5 (56%)
Wahneinfälle	9 (53%)	4 (44%)
Akust. Halluz.	11 (65%)	3 (35%)
Optische Halluz.	4 (23%)	2 (22%)
Beeinflussungs- erlebnisse	9 (53%)	2 (22%)
Hyperkinese	2 (12%)	0 -

Anmerkung:

n=Anzahl der Patienten jeweils einer Gruppe

+)=Siehe Erläuterung am Schluß der Übersichtstabelle 1

Fortsetzung der Übersichtstabelle 2

Merkmal	Typ III polymorph- systematisiert (n=17)	Typ IV monomorph- systematisiert (n=9)
f. <u>Therapeutische Ansprechbarkeit</u>		
EKB durchgeführt	6 (36%)	0 -
EKB nicht durchgeführt	$\frac{11}{17}$ (64%) (100%)	$\frac{9}{9}$ (100%) (100%)
<u>Behandlungsergebnis insgesamt</u>		
ausreichend gut bis Vollremission	8 (47%)	1 (11%)
mäßig	4 (23%)	1 (11%)
unzureichend bzw. nicht zu beurteilen	$\frac{5}{17}$ (30%) (100%)	$\frac{7}{9}$ (78%) (100%)
g. <u>Krankheitseinsicht</u>		
erreicht	6 (36%)	1 (11%)
nicht erreicht	$\frac{11}{17}$ (64%) (100%)	$\frac{8}{9}$ (89%) (100%)
h. <u>Phasendauer der letzten Phase</u>		
unter 1 Jahr	12 (71%)	3 (33%)
über 1 Jahr	$\frac{5}{17}$ (29%) (100%)	$\frac{6}{9}$ (67%) (100%)
i. <u>Prämorbid Persönlichkeit</u>		
introversiert	6 (35%)	0 -
aktiv-unkompliziert	5 (29%)	4 (44%)
andere Typen	$\frac{6}{17}$ (36%) (100%)	$\frac{5}{9}$ (56%) (100%)

Merkmal	Typ III polymorph- systematisiert (n=17)	Typ IV monomorph- systematisiert (n=9)
j. <u>Anteil an Verheirateten</u>		
verheiratet	4 (24%)	5 (56%)
nicht verheiratet	$\frac{13}{17}$ (76%) (100%)	$\frac{4}{9}$ (44%) (100%)
k. <u>Frühkindliche Entwicklung</u>		
unauffällig	13 (76%)	8 (89%)
pathologisch	$\frac{4}{17}$ (24%) (100%)	$\frac{1}{9}$ (11%) (100%)
Einzelkind	4 (24%)	0 -
mit Geschwistern	$\frac{13}{17}$ (76%) (100%)	$\frac{9}{9}$ (100%) (100%)
l. <u>Dauerkonstellation in Ehe und Beruf</u>		
unauffällig	11 (65%)	7 (78%)
ungünstig	$\frac{6}{17}$ (35%) (100%)	$\frac{2}{9}$ (22%) (100%)
m. <u>Sozialer Statuswandel</u>		
Abstieg	4 (24%)	0 -
Aufstieg oder gleichbleibend	$\frac{13}{17}$ (76%) (100%)	$\frac{9}{9}$ (100%) (100%)
n. <u>Diskrepanz zwischen Erreichtem und Erstrebtem</u>		
ja	0 -	6 (67%)
nein	$\frac{17}{17}$ (100%) (100%)	$\frac{3}{9}$ (33%) (100%)

3. VERGLEICH DES MONOMORPHEN SYNDROMS MIT DEM AMORPHEN SYNDROM

Daß das monomorphe Syndrom dem amorphen näher steht als den polymorphen Syndromen, war zu vermuten und hat sich in vielen Punkten bestätigt. Es erscheint daher sinnvoll, im folgenden die monomorphen Psychosen von den amorphen abzugrenzen und die vergleichbaren Erhebungen einander gegenüberzustellen.

a. Erstmanifestationsalter

Das Erstmanifestationsalter lag in Gruppe V bei 9 der 15 Patienten (60%) vor dem 25. Lebensjahr. In Gruppe VI waren es 12 von 14 (86%), die vor diesem Zeitpunkt erkrankten, also in einem Alter, in dem die Ausreifung der Persönlichkeit noch nicht abgeschlossen ist und daher in dieser Zeit sich entwickelndes krankhaftes Denken allzu leicht in den geistigen Reifungsprozess bahrend eingreifen kann.

Daß einer solchen Verflechtung von Krankhaftem und Normalem eine schlechtere Prognose beschieden ist, erscheint verständlich und schlägt sich sowohl in der langen Phasendauer nieder als auch in der geringen therapeutischen Beeinflussbarkeit, der mangelnden Krankheitseinsicht und den bleibenden Krankheitsfolgen.

b. Phasendauer

In 9 der 15 Fälle (60%) der Gruppe V hatten die Phasen eine Dauer von über einem Jahr; bei Gruppe VI waren es 8 von 14 (57%), wobei es sich allerdings mehr um bloße Exacerbationen eines fortdauernden Krankheitsgeschehens handelte.

Bei Gruppe I hatten vergleichsweise lediglich 4 von 38 Patienten (11%) solche langen Phasen erlebt.

c. Therapeutische Ansprechbarkeit

Die therapeutischen Schwierigkeiten manifestieren sich in dem hohen Prozentsatz an Elektokrampfbehandlungen, mit denen bei 8 von 15 Patienten (53%) der Gruppe V eine Besserung angestrebt wurde. Dennoch blieben die Behandlungserfolge fast ebenso schlecht wie bei der amorphen Gruppe, in der nur bei 5 von 14 Patienten (36%) eine EKB durchgeführt worden war. Die seltenere Anwendung von EKB in Gruppe VI rührt sicher von der von vornherein als ungünstiger eingestuftten Ansprechbarkeit her.

Eine Vollremission konnte in keinem Fall der Gruppe V erreicht werden, in Gruppe VI war es erstaunlicherweise bei einem der 14 Patienten zu einer restlosen Heilung gekommen. Ein Behandlungserfolg, der mit mäßig bis gut bezeichnet wurde, fand sich bei 6 von 15 Patienten (40%) in Gruppe V und bei 5 von 14 Patienten (35%) in Gruppe VI.

Erwähnenswert ist, daß in 2 von 15 Verlaufslängsschnitten der Gruppe V eine Tendenz zur zunehmenden Systematisierung erkennbar war. Auch ist innerhalb der monomorphen Gruppe eine Zunahme der relativen Monomorphie noch möglich und sogar recht häufig, was die Prognose bei diesen Fällen verschlechtert. Diese Tendenz ist daran zu erkennen, daß 4 der 15 Patienten (27%) des Typs V in den allerersten Schüben eine Wahnstimmung erlebt hatten, die dann später nicht mehr aufgetreten ist.

d. Anteil an Verheirateten

Mit dem frühen Beginn und dem vergleichsweise ungünstigen Verlauf korrespondiert auch die Tatsache, daß der Prozentsatz an Verheirateten außerordentlich niedrig war. In beiden Gruppen waren nur jeweils 2 Patienten eine Ehe eingegangen, was wohl den Schweregrad der Erkrankung in seiner sozialen Rückwirkung demonstriert.

e. Defektbildungen

Die schlechte Prognose dieser beiden Krankheitsformen zeigt sich deutlich in der Häufigkeit der Defektbildungen. Bei 11 von 15 Patienten (73%), die zur monomorphen Gruppe gehörten, waren solche bleibenden Persönlichkeitsveränderungen eingetreten - zumeist in Form von Antriebslosigkeit, Erlahmen jeglicher geistigen Beweglichkeit, Haltungsanomalien und häufig auch Desorientiertheit in Bezug auf Zeit und Ort.

Der schwerst Grad, die vollkommene Versandung, fand sich aber doch nur in 4 von 15 Fällen (26%) der Gruppe V und in 5 von 14 Fällen (36%) der Gruppe VI.

Die Häufigkeit der bleibenden Krankheitsfolgen in Gruppe VI kommt mit insgesamt 9 von 14 Fällen (64%) den tatsächlichen Gegebenheiten sicher nicht in vergleichbarem Maße nahe.

Hier müssen Fehlerquellen mitberücksichtigt werden, die ihren Ursprung haben einmal in dem frühen Beginn der Krankheit, so

daß eine ausgeprägte prämorbidie Persönlichkeit gar nicht zum Vergleich stand, zum anderen in dem schleichenden, eintönigen Verlauf, der keine echten Intervalle kennt, während derer sich Residuen deutlich herauskristallisieren könnten.

Die tatsächliche Zahl der Defekte liegt daher in dieser Gruppe mit Sicherheit höher als die von mir erfaßte.

Die Residualveränderungen traten in der amorphen Gruppe etwas früher auf - bei 5 von 14 Patienten (36%) nach der ersten Phase und bei einem weiteren nach der zweiten - als in der monomorphen Gruppe mit 4 von 15 Patienten (27%) nach der ersten und weiteren 2 (13%) nach der zweiten Phase.

f. Konstitution

Nach ihrem Körperbau gehörten die Patienten beider Gruppen zum überwiegenden Teil - jeweils 10 (71% bzw. 67%) - dem leptosom-asthenischen Typ an. Dies trifft auch auf die Psychosetypen I und III zu. Eine Ausnahme machen hier nur die Syndrome II und IV, die lediglich mit 10 von 27 (37%) bzw. 3 von 9 Patienten (33%) vertreten sind.

g. Prämorbidie Persönlichkeitsstruktur

Im Hinblick auf die prämorbidie Persönlichkeit fällt auf, daß der Typ des emotionell irretablen, schnell affektiv reagierenden Menschen, der bei Gruppe I in 12 von 38 Patienten (32%) vertreten war, in Gruppe V nur bei einem Patienten und in Gruppe VI gar nicht zu finden war.

h. Produktive Symptomatik

Waren in allen oben angeführten Punkten die Voraussetzungen der Erkrankung und ihre Auswirkungen in den zum Vergleich stehenden Gruppen einander recht ähnlich, so treten im Gestaltscharakter der Symptomatik die Unterschiede deutlich zutage.

Die folgenden Angaben beziehen sich ausschliesslich auf den Längsschnitt des Krankheitsgeschehens, besagen also, welche Symptome irgendwann einmal während aller durchgemachten Phasen aufgetreten sind.

Akustische Halluzinationen hatten 14 der 15 Patienten (93%) der Gruppe V und nur 6 der 14 Patienten (43%) der Gruppe VI erlebt.

Optische Halluzinationen waren in 9 von 15 Fällen (60%) in Gruppe V und in 4 von 14 Fällen (29%) in Gruppe VI vorgekommen.

Das Phänomen des "Gemachtwerdens" zeigte sich bei 9 der 15 Kranken (60%) in Gruppe V und kam in Gruppe VI nicht vor.

Beziehungsideen fanden sich in 10 von 15 Verlaufsbildern (67%) der Gruppe V und in 6 von 14 (43%) der Gruppe VI.

Wortneubildungen konnten in 3 von 15 Fällen (20%) der Gruppe V und bei einem Fall (7%) der Gruppe VI registriert werden.

Wahnstimmung erlebten 11 von 15 Patienten (73%) der Gruppe V, die aber, wie schon erwähnt, bei 5 Patienten (33%) nur in der ersten bzw. noch in der zweiten Phase aufgetreten war. Bei Gruppe VI bildete sich eine Wahnstimmung nur bei 6 von 14 Patienten (43%) aus.

Wahrnehmungen waren in 11 von 15 Fällen der Gruppe V (73%) aber nur in 6 von 14 Fällen der Gruppe VI (43%) zu beobachten.

Wahneinfälle hatten ebenfalls 11 der 15 Patienten (73%) der Gruppe V und 4 der 14 Patienten (29%) der Gruppe VI.

Psychomotorisch katatone Erscheinungen sind nicht nur in den Gruppen V und VI mit 3 von 15 (20%) und 4 von 14 (29%) Fällen fast gleich häufig aufgetreten, sondern ergeben auch eine Übereinstimmung mit der Gruppe I, wo diese Erscheinungen bei 7 von 38 Patienten (18%) registriert wurden. Das beweist die Ubiquität psychomotorisch-katatoner Symptomatik auch hier, wie sie schon früher beschrieben worden war (Huber 1961).

Auffallend ist aber, daß in den beiden systematisierten Gruppen diese Symptomatik am seltensten zu finden war, nämlich nur in einem der 9 Fälle (11%) in Gruppe IV und in 2 der 17 Fälle (12%) in Gruppe III.

i. Krankheitseinsicht

Der Anteil an Patienten, die im Verlaufe der stationären Behandlung zu Krankheitseinsicht gelangten, war bei der monomorphen Form mit 3 von 15 (20%) gegenüber der amorphen Form der Psychose mit 6 von 14 (42%) auffällig niedrig.

Das könnte zu einem Trugschluß im Sinne einer besseren therapeutischen Ansprechbarkeit der Gruppe VI führen. Nach meiner Erfahrung beruht die Diskrepanz darauf, daß die zum größten Teil affektverarmten und gleichgültig gewordenen Patienten der Gruppe VI gemeinhin leicht vorgeben zu wissen, daß sie krank sind - ohne allerdings selbst davon überzeugt zu sein - weil sie mit der Zeit herausfinden, daß dies von ihnen erwartet und erhofft wird.

Die Patienten mit einer monomorphen Psychose dagegen unterliegen doch einem verhältnismässig intensiveren Krankheitsgeschehen und -erleben und halten eher an den psychotischen Inhalten fest.

+)
Übersichtstabelle 3

zu den vorangegangenen Ausführungen unter E3

Vergleich des monomorphen Syndroms mit dem amorphen Syndrom

Merkmal	Typ V monomorph (n=15)	Typ VI amorph (n=14)
a. <u>Erstmanifestation</u>		
vor dem 25.L.J.	9 (60%)	12 (86%)
nach dem 25.L.J.	<u>6</u> (40%)	<u>2</u> (14%)
	15 (100%)	14 (100%)
b. <u>Phasendauer</u> der letzten Phase		
unter 1 Jahr	6 (40%)	6 (43%)
über 1 Jahr	<u>9</u> (60%)	<u>8</u> (57%)
	15 (100%)	14 (100%)
c. <u>Therapeutische</u> <u>Ansprechbarkeit</u>		
EKB durchgeführt	8 (53%)	5 (36%)
EKB nicht durchgeführt	<u>7</u> (47%)	<u>9</u> (64%)
	15 (100%)	14 (100%)
<u>Behandlungsergebnis</u> <u>insgesamt</u>		
Vollremission	0 -	1 (7%)
mäßig bis gut	6 (40%)	5 (35%)
unzureichend	5 (33%)	6 (43%)
nicht zu beurteilen	<u>4</u> (27%)	<u>2</u> (15%)
	15 (100%)	14 (100%)
d. <u>Anteil an</u> <u>Verheirateten</u>		
verheiratet	2 (13%)	2 (14%)
nicht verheiratet	<u>13</u> (87%)	<u>12</u> (86%)
	15 (100%)	14 (100%)

Fortsetzung der Übersichtstabelle 3

Merkmal	Typ V monomorph (n=15)	Typ VI amorph (n=14)
e. Defektbildungen		
nicht aufgetreten	1 (7%)	1 (7%)
insgesamt aufgetreten	11 (73%)	9 (64%)
nicht zu beurteilen	<u>3</u> (20%)	<u>4</u> (29%)
	15 (100%)	14 (100%)
nach der 1. Phase	4	5
nach der 2. Phase	2	1
später aufgetretene Defektbildungen	<u>5</u>	<u>3</u>
	11	9
f. Konstitution		
leptosom-asthenisch	10 (67%)	10 (71%)
andere Typen	<u>5</u> (33%)	<u>4</u> (29%)
	15 (100%)	14 (100%)
g. Prämorbid Persönlichkeit		
emotionell irritabel	1 (7%)	0 -
nicht emotionell irritabel	<u>14</u> (93%)	<u>14</u> (100%)
	15 (100%)	14 (100%)
h. Produkt. Symptomatik	von 15 Patienten zeigten jeweils:	von 14 Patienten zeigten jeweils:
Akustische Halluz.	14 (93%)	6 (43%)
Optische Halluz.	9 (60%)	4 (29%)
Beeinflussungserleb- nisse	9 (60%)	0 -
Beziehungsideen	10 (67%)	6 (43%)
Wortneubildungen	3 (20%)	1 (7%)

Fortsetzung der Übersichtstabelle 3

Merkmal	Typ V monomorph (n=15)	Typ VI amorph (n=14)
h. <u>Produkt. Symptomatik</u>	von 15 Patienten zeigten jeweils:	von 14 Patienten zeigten jeweils:
Wahnstimmung insgesamt	11 (73%)	6 (43%)
davon nur in ersten Phasen	5 (33%)	0 -
Wahnwahrnehmungen	11 (73%)	6 (43%)
Wahneinfälle	11 (73%)	4 (29%)
Psychomot.-katatone Symptomatik	3 (20%)	4 (29%)
i. <u>Krankheitseinsicht</u>		
erreicht	3 (20%)	(6) ((42%))
nicht erreicht	<u>12</u> (<u>80%</u>)	<u>(8)</u> (<u>(58%)</u>)
	15 (100%)	14 (100%)

Anmerkung:

n=Anzahl der Patienten jeweils einer Gruppe

+=Siehe Erläuterung am Schluß der Übersichtstabelle 1

4. GEGENÜBERSTELLUNG VON POLYMORPH-FLUKTUIERENDEM

UND AMORPHEM SYNDROM

Wie zu Anfang bereits angedeutet worden ist und wie aus den vergleichenden Befunden im vorangegangenen zum Teil schon herauszulesen war, bilden der polymorph-fluktuierende Typ und der amorphe Typ die eigentlichen Gegenpole innerhalb der schizophrenen Syndrome.

Der polymorph-fluktuierende Typ zeigt eine enge Nachbarschaft zu den manisch-depressiven Psychosen. Die bipolare Ausprägungsform des Typs I stände also auf einer Übergangsstufe zwischen den zyklotyphen und den schizophrenen Psychosen, mehr zu ersteren hin tendierend, während der amorphe Typ - zusammen mit dem monomorphen - die eigentliche maligne Schizophrenie repräsentiert.

Es sollen daher im folgenden der Typ I - das polymorph-fluktuierende Syndrom - und der Typ VI - das amorphe Syndrom - einander gegenübergestellt werden.

a. Geschlechtsverteilung

Charakteristisch ist die Geschlechtsverteilung: 26 der 38 Patienten (68%) des Typs I waren Frauen - sehr ähnlich dem Anteil der Frauen bei den Temperamentskrankheiten - , fast der gleiche Prozentsatz, nämlich 9 der 14 Patienten (64%), gehörten bei Typ VI dem männlichen Geschlecht an (Leonhard 1964).

Geschlechtsverteilung	Typ I	Typ VI	
Männer	12	9	21
Frauen	26	5	31
Σ	38	14	52

Die beiden Typen weisen eine auffällig gegensätzliche Geschlechtsverteilung auf ($\chi^2=4,54$, $p<5\%$).

b. Konstitution

In der Gruppe VI gehörte die überwiegende Mehrheit mit 10 von 14 Patienten (71%) dem asthenisch-leptosomen Typ an, während in Gruppe I dieser Habitus fast zu gleichen Teilen mit Mischtypen vertreten war.

c. Prämorbide Persönlichkeit

Von der Persönlichkeitsstruktur her fiel auf, um früher Gesagtes noch einmal zu wiederholen, daß 12 der 38 Kranken (32%) in Gruppe I einem emotionell irritablen, stark beeinflussbaren Menschentyp angehörten, der bei Gruppe VI überhaupt nicht zu finden war.

Stattdessen waren hier 6 von 14 Patienten (43%) als aktiv-unkompliziert beschrieben worden gegenüber 12 von 38 Kranken (32%) in Gruppe I.

Der Anteil der introvertierten Persönlichkeiten war ebenfalls in Gruppe VI mit 5 von 14 (36%) höher als in Gruppe I mit 9 von 38 (24%).

Prämorbide Persönlichkeit	Typ I	Typ VI	
emotioneller Typ	12	0	12
andere Typen	26	14	40
Σ	38	14	52

Bei der polymorph-fluktuierenden Gruppe waren emotionell-irritable Menschen auffallend häufiger vertreten als bei der amorphen Gruppe ($\chi^2=5,75$, $p<5\%$).

d. Auslösung von Krankheitsphasen

Wohl in Zusammenhang mit der präpsychotischen Persönlichkeitsstruktur steht bei Gruppe I die Auslösung von Krankheitsphasen durch äußere Einflüsse, die mit 26 von 38 Fällen (68%) wesentlich häufiger ist, als bei Gruppe VI, wo dies nur bei 5 von 14 Patienten (36%) der Fall gewesen sein konnte.

Das ist noch beeindruckender, wenn man sich klarmacht, daß ja bei dem polymorph-fluktuierenden Typ durch eine solche auslösende Noxe aus einem freien Intervall heraus ein ganz neuer Schub provoziert wird, wogegen es sich beim amorphen Typ nur um den Anstoß zum erneuten Aufflackern einer schwelenden Krankheit handelt.

Es sei hier angemerkt, daß die vier Fälle einer Wochenbett-psychose unter meinen Patienten alle syndromdynamisch in die Reihe der polymorph-fluktuierenden Form eingestuft worden waren.

Störriing,Suchenwirth und Völkel reihten die Wochenbettpsy-
chosen "zu einem nicht geringen Teil" in die Gruppe ihrer
cycloiden Psychosen ein (Störriing,G.E.,R.Suchenwirth und
H.Völkel 1962).

Auslösung von Krankheitsphasen	Typ I	Typ VI	
ja	26	5	31
nein	12	9	21
Σ	38	14	52

Die Auslösung neuer Phasen durch äußere Einflüsse bei Typ I
ist auffällig häufiger als bei Typ VI ($\chi^2=4,54$, $p<5\%$).

e. Chronische Bahnung

Im Gegensatz zu der akuten Auslösung der schubweise ver-
laufenden Psychosen vom Typ I steht eine Reihe von Befunden,
die bei der amorphen Gruppe auf eine chronische Bahnung der
Erkrankung durch pathogene Einflüsse während der Kindheit
und frühen Jugend schließen lassen.

Einzelkinder,bzw. mit großem Abstand jüngste oder älte-
ste Kinder einer Geschwisterreihe,waren 5 von 14 Patienten
(36%) in Gruppe VI und 7 von 38 Patienten (18%) in Gruppe I.

Pathologische frühkindliche Entwicklung hatten 4 der 14
patienten (29%) des Typs VI durchgemacht,aber nur 2 der 38
Patienten (5%) des Typs I.

Pathologische frühkindl. Entwicklung	Typ I	Typ VI	
ja	2	4	6
nein	36	10	46
Σ	38	14	52

Das Ergebnis ist auffällig ($\chi^2=5,44$, $p<5\%$).

Aufwachsen als Waisen- oder Heimkind oder andere ungün-
stige Bedingungen wie z.B. lieblose Erziehung spielten
eine Rolle bei 3 der 14 Erkrankten (21%) in Gruppe VI und
bei 3 der 38 Patienten (8%) in Gruppe I.

Die Pubertät war bei der amorphen Form in 3 von 14
Fällen (21%) als krankheitsbahnende Ursache mit verant-
wortlich zu machen.

f. Hereditäre Belastung

Die familiäre Belastung mit schizophrenen Psychosen lag bei der polymorph-fluktuierenden Form mit 6 von 38 Fällen (16%) kaum höher als bei der amorphen Form mit 2 von 14 Fällen (14%).

Zählt man zu dieser Belastung mit schizophrenen Psychosen andere psychische Erkrankungen unbekannter Diagnose in der Familie hinzu, so ergeben sich für die Gruppe I insgesamt 12, für die Gruppe VI 4 Fälle.

Die größte Gesamtbelastung findet sich in Gruppe III, der polymorph-systematisierten Form, mit 8 von 17 Fällen (47%).

g. Erstmanifestationsalter

Die Ersterkrankung trat - wie aufgrund klinischer Erfahrungen erwartet - in Gruppe I in den meisten Fällen zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr auf, in Gruppe VI zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr.

Statistisch hat sich gezeigt, daß 12 der 14 Patienten (86%) des Typs VI vor dem 25. Lebensjahr erkrankten. Dagegen hatten 19 der 38 Patienten (50%) des Typs I ihren ersten Schub zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr - aber immerhin 13 (34%) auch schon vor diesem Zeitraum.

Erstmanifestationsalter	Typ I	Typ VI	
vor dem 25. L.J.	13	12	25
nach dem 25. L.J.	25	2	27
Σ	38	14	52

In Bezug auf die Unterschiedlichkeit des Erstmanifestationsalters ergab sich eine klare Signifikanz ($\chi^2 = 12,07$, $p < 1\%$).

h. Anteil an Verheirateten

Um die soziale Auswirkung der früh bzw. später einsetzenden psychotischen Erkrankungen und den damit in Zusammenhang stehenden Residualveränderungen an dieser Stelle noch einmal hervorzuheben, sei gesagt, daß in Gruppe I 16 von 38 Patienten (42%) in Gruppe VI aber nur 2 von 14 Patienten (14%) verheiratet waren.

i. Phasendauer

Die Patienten der Gruppe I neigen zu kurzen aber häufigen Schüben. In 27 von 38 Fällen (71%) dauerten diese Schübe nur bis zu drei Monaten an, in 4 von 38 Fällen (11%) über ein Jahr.

Soweit man bei Gruppe VI überhaupt in vergleichbarem Sinne von Schüben bzw. Phasen sprechen kann, halten diese bei 8 von 14 Fällen (57%) über ein Jahr an und sind lediglich bei 4 von 14 Patienten (29%) im Verlaufe von drei Monaten abgeklungen.

Phasendauer	Typ I	Typ VI	
bis 3 Monate	27	4	31
3 Monate - 1 Jahr	7	2	9
über 1 Jahr	4	8	12
Σ	38	14	52

Die unterschiedlich lange Phasendauer bei beiden Gruppen ist statistisch signifikant ($\chi^2=12,83$, $p<1\%$).

j. Krankheitsintervalle

Freie Intervalle von einem bis zu über fünf Jahren fanden sich nur in einem Fall (7%) der Gruppe VI und in 6 von 38 Fällen (16%) bei Gruppe I.

Das läßt sich allerdings nur vergleichen, wenn man die Aussage dahingehend versteht, daß eben die Intervalle des amorphen Psychosetyps zum größten Teil nicht eigentlich "frei" sind, wogegen der Grund bei dem polymorph-fluktuierenden Psychosetyp in der großen Frequenz der Krankheitsphasen liegt, die ein "langes" Intervall nicht zustande kommen läßt.

k. Krankheitseinsicht

Ein Indiz für die therapeutische Ansprechbarkeit ist das Wiedererlangen der Krankheitseinsicht.

Es scheint aber, als ob die vorangegangene Krankheitsuneinsichtigkeit bei diesen beiden Gruppen auf ganz verschiedenen nicht ohne weiteres vergleichbaren Voraussetzungen beruht.

Die Krankheitsuneinsichtigkeit bei den polymorph-fluktuierenden Psychosen wird in vielen Fällen fast schlagartig aufgehoben mit dem Abflauen der psychotischen Symptomatik und ruft damit den Eindruck hervor, als sei sie durch diese bedingt gewesen.

Das soll heißen, daß die Fülle und Wucht der psychotischen Erlebnisse, die auf den Kranken einstürmen und ihn in eine Wahnwelt bannen, ihm keine Möglichkeit zur Objektivierung und zur Besinnung auf das Krankhafte seines Erlebens lassen. Auf dieser Grundlage aber kann die Krankheitsuneinsichtigkeit der monomorphen und vor allem der amorphen Psychosen nicht beruhen, da hier die maßgebende Intensität der Symptomatik fehlt. Die Unfähigkeit, den eigenen Zustand zu erkennen, muß wohl von der gleichen Ursache herrühren wie die Malignität dieser Schizophrenien selbst, nämlich gerade von dem Fehlen der Intensität und von den an deren Stelle tretenden tiefgreifenden Veränderungen des Betroffenen.

Krankhaftes Denken und Fühlen durchsetzt oft einen schon durch ungünstige Einflüsse vorgeschädigten Jugendlichen im Stadium der Personalisation und verpflichtet sich immer untrennbarer mit dem normal Empfundenen so, daß eine Abgrenzung und damit eine Krankheitseinsicht wenn nicht unmöglich so doch äußerst schwer gemacht wird.

Nach dem eben Gesagten erscheint die Feststellung, daß 6 der 14 Patienten (42%) der Gruppe VI zu einer Krankheitseinsicht während der Behandlung gelangten, unglaublich hoch. Es sei deshalb noch einmal auf die bei dem Vergleich der amorphen mit den monomorphen Typen aufgezeigte Fehlerquelle hingewiesen.

Ein zutreffenderes Bild ergibt sich bei Gruppe I, in der 27 von 38 Patienten (72%) zur Krankheitseinsicht gelangten.

1. Behandlungsergebnis

Bei der Beurteilung des Heilerfolges treten die Unterschiede deutlich zutage.

Bei den Patienten mit einer polymorph-fluktuierenden Psychose, die auf Neuroleptika besonders gut ansprechen (Janzarik 1956, Baer 1969), konnte eine insgesamt ausreichende Besserung bei 31 der 38 Kranken (81%) erreicht werden. Davon waren 18 (47%) als Vollremissionen zu bezeichnen.

Unzureichende Erfolge zeigten sich an 2 der 38 Patienten (5%).

Bei der amorphen Gruppe kam es in einem Fall zu einer Vollremission; ausreichende und unzureichende Besserungen zeigten sich bei je 6 der 14 Erkrankten (42%).

Behandlungsergebnis	Typ I	Typ VI	
insgesamt ausreichend	31	6	37
unzureichend	2	6	8
nicht zu beurteilen	5	2	7
Σ	38	14	52

Eine Signifikanz ergibt sich hinsichtlich der besseren Heilerfolge innerhalb der Gruppe I ($\chi^2=11,57, p<1\%$).

m. Phasenüberdauernde Veränderungen

Bei einem Vergleich der Häufigkeit von Krankheitsresiduen fällt auf, daß den 20 Fällen (53%) in Gruppe I, bei denen die Persönlichkeit offenbar intakt geblieben war, nur ein Fall in Gruppe VI entspricht.

Eine residuale Symptomatik-zumeist in Form von Antriebsminderung und Intentionalitätsstörungen-war in 11 der 38 Fälle (29%) in Gruppe I zu registrieren.

Phasenüberdauernde Veränderungen	Typ I	Typ VI	
insgesamt aufgetreten	11	9	20
offenbar nicht aufgetreten	20	1	21
nicht zu beurteilen	7	4	11
Σ	38	14	52

Ein auffällig günstigeres Ergebnis für Gruppe I zeigt sich bei dem Vergleich der Häufigkeit von Residualveränderungen ($\chi^2=9,06, p<5\%$).

Von den insgesamt 9 der 14 Patienten (64%) in Gruppe VI, die eine deutliche Defektbildung gezeigt hatten, waren

5 (36%) einer allgemeinen Versandung anheimgefallen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die tatsächliche Zahl der weniger schweren Residuen in Gruppe VI noch höher liegt. Von dem fortdauernden Krankheitsgeschehen und der zum Vergleich stehenden, nicht immer "präpsychotischen" Persönlichkeitsstruktur der Patienten heben sich leichtere Defekte weniger gut ab.

Bei Gruppe I treten die phasenüberdauernden Veränderungen also wesentlich seltener und in sehr viel schwächerem Ausmaß auf.

Zudem ist ihre Ausbildung auf einen längeren Zeitraum verteilt als bei Gruppe VI, in der es schneller zur Defektbildung kommt.

Vergleicht man die Manifestation der Residuen nach dem ersten Schub, so stehen 3 Fällen (8%) bei Gruppe I 5 Fälle (36%) bei Gruppe VI gegenüber. Nach der Zweiterkrankung kommen bei Gruppe I weitere 5 (13%), bei Gruppe VI lediglich ein Fall hinzu.

n. Produktive Symptomatik

Wenn man die Einzelsymptome der beiden verschiedenen Krankheitsformen vergleichend betrachtet, so ergibt sich daraus ein dem Verhältnis nach sicher zutreffendes, wesentlich symptomärmeres Bild bei der amorphen Gruppe.

Es ist aber durchaus möglich, daß bei beiden Krankheitstypen die Prozentsätze etwas zu niedrig liegen.

Das hängt beim amorphen Typ mit der oft leicht gelingenden Dissimulation zusammen und beim polymorph-fluktuierenden Typ mit der Turbulenz des Krankheitsgeschehens, die eine Konzentration des Patienten auf die Exploration sehr erschwert. Im gleichen Sinne gilt das bei Typ I für die Erfassung der Wahnstimmung.

Deutliche emotionelle Beteiligung des Erkrankten an seinem psychotischen Erleben, die in den meisten Fällen als Angst aufgetreten war, war bei Typ I doppelt so häufig zu beobachten wie bei Typ VI.

deutliche emotionelle Beteiligung	Typ I	Typ VI	
ja	28	5	33
nein	10	9	19
Σ	38	14	52

In Bezug auf die emotionelle Beteiligung ergibt sich damit eine auffällige Diskrepanz ($\chi^2=6,36, p<5\%$).

Wahnstimmung erlebten die Patienten beider Gruppen in einem ähnlichen Verhältnis wie emotionelle Ergriffenheit. Hier waren es 27 Patienten (71%) der Gruppe I, wobei sicher nicht alle betreffenden Fälle erfaßt werden konnten, und 6 Patienten (43%) der Gruppe VI, die einer Wahnstimmung unterlagen.

Wahnstimmung	Typ I	Typ VI	
aufgetreten	27	6	33
nicht aufgetreten	11	8	19
Σ	38	14	52

Das unterschiedlich häufige Auftreten von Wahnstimmung ergibt statistisch keine Signifikanz ($\chi^2=3,50, p>5\%$).

Eine maniforme Stimmungslage fand sich bei 12 der 38 Kranken (32%) in der Gruppe I und bei 3 der 14 Kranken (21%) in der Gruppe VI.

Akustische Halluzinationen waren bei 28 der 38 Patienten (74%) der Gruppe I und bei 6 von 14 Patienten (43%) der Gruppe VI aufgetreten.

Optische Halluzinationen waren bei beiden Gruppen seltener vorgekommen, nämlich nur bei 15 der 38 Patienten (39%) der Gruppe I und bei 4 von 14 Patienten (29%) in Gruppe VI.

Beeinflussungserlebnisse durch Hypnose, Strahlen und Ähnliches hatten 17 von 38 Patienten (45%) in Gruppe I und kein Patient in Gruppe VI.

Wahnwahrnehmungen waren in 32 Fällen (84%) bei Gruppe I und in 6 Fällen (43%) bei Gruppe VI zu isolieren.

Wahneinfälle traten auf bei 19 Patienten (50%) der Gruppe I und bei 4 Patienten (29%) der Gruppe VI.

Unter Beziehungsideen litten 29 Patienten (68%) der Gruppe I und 6 Patienten (43%) der Gruppe VI.

Wortneubildungen wurden bei je einem Patienten in beiden Gruppen bemerkt. Die größte Produktivität in dieser Richtung hatte sich bei Typ V mit 3 von 15 Fällen (20%) gefunden.

Zwangsphänomene zeigten sich in einem umgekehrten Verhältnis. Hier überwog der amorphe Typ mit 5 von 14 Fällen (36%) gegenüber dem polymorph-fluktuierenden Typ mit 7 von 38 Fällen (18%).

Stuporöse Erscheinungen zeigten eine ähnliche Verteilung. Hier ging die Gruppe VI mit 7 von 14 Fällen (50%) allen anderen voran. In Gruppe I waren 16 von 38 Patienten (42%) davon betroffen.

Übersichtstabelle 4⁺

zu den vorangegangenen Ausführungen unter E4

Gegenüberstellung von polymorph-fluktuierendem und amorphem
Syndrom

Merkmal	Typ I polymorph- fluktuierend (n=38)		Typ VI amorph (n=14)	
a: <u>Geschlechtsverteilung</u>				
Frauen	26	(68%)	5	(36%)
Männer	<u>12</u>	<u>(32%)</u>	<u>9</u>	<u>(64%)</u>
	38	(100%)	14	(100%)
c. <u>Prämorbid Persönlichkeit</u>				
emotionell irritabel	12	(32%)	0	-
aktiv-unkompliziert	12	(32%)	6	(43%)
introvertiert	9	(24%)	5	(36%)
andere Typen	<u>5</u>	<u>(12%)</u>	<u>3</u>	<u>(21%)</u>
	38	(100%)	14	(100%)
d. <u>Auslösung von Krankheitsphasen</u>				
ja	26	(68%)	5	(36%)
nein	<u>12</u>	<u>(32%)</u>	<u>9</u>	<u>(64%)</u>
	38	(100%)	14	(100%)
davon Wochenbettpsychosen	4		0	
e. <u>Chronische Bahnung der Erkrankung</u>				
Patholog.frühkindl. Entwicklung	2	(5%)	4	(29%)
unauffällige Entwicklung	<u>36</u>	<u>(95%)</u>	<u>10</u>	<u>(71%)</u>
	38	(100%)	14	(100%)
Einzelkind	7	(18%)	5	(36%)
mit Geschwistern	<u>31</u>	<u>(82%)</u>	<u>9</u>	<u>(64%)</u>
	38	(100%)	14	(100%)
Lieblose Kindheit	3	(8%)	3	(21%)
unauffällige Kindheit	<u>35</u>	<u>(92%)</u>	<u>11</u>	<u>(79%)</u>
	38	(100%)	14	(100%)

Fortsetzung der Übersichtstabelle 4

Merkmal	Typ I polymorph- fluktuierend (n=38)	Typ VI amorph (n=14)
f. <u>Hereditäre Belastung</u>		
Psychische Erkrankungen insgesamt	12 (32%)	4 (28%)
keine bzw. nicht sicher	<u>26</u> (68%)	<u>10</u> (72%)
	38 (100%)	14 (100%)
davon Schizophrenie	6	2
g. <u>Erstmanifestation</u>		
vor dem 25. L.J.	13 (34%)	12 (86%)
25. bis 40. L.J.	19 (50%)	1 (7%)
nach dem 40. L.J.	<u>6</u> (16%)	<u>1</u> (7%)
	38 (100%)	14 (100%)
h. <u>Anteil an Verheirateten</u>		
verheiratet, verwitwet	16 (42%)	2 (14%)
ledig, geschieden	<u>22</u> (58%)	<u>12</u> (86%)
	38 (100%)	14 (100%)
i. <u>Phasendauer der letzten Phase</u>		
bis 3 Monate	27 (71%)	4 (29%)
3 Monate bis 1 Jahr	7 (18%)	2 (14%)
über 1 Jahr	<u>4</u> (11%)	<u>8</u> (57%)
	38 (100%)	14 (100%)
j. <u>Krankheitsintervalle</u>		
kürzer als 1 Jahr bzw. chron. Verlauf	32 (84%)	13 (93%)
von 1 bis über 5 Jahre	<u>6</u> (16%)	<u>1</u> (7%)
	38 (100%)	14 (100%)

Fortsetzung der Übersichtstabelle 4

Merkmal	Typ I polymorph- fluktuierend (n=38)	Typ VI amorph (n=14)
k. <u>Krankheitseinsicht</u>		
erreicht	27 (72%)	(6) ((43%))
nicht erreicht bzw. . nicht überzeugend	<u>11</u> (<u>28%</u>) 38 (100%)	<u>(8)</u> (<u>(57%)</u>) 14 (100%)
l. <u>Behandlungsergebnis</u>		
Vollremission	18 (47%)	1 (7%)
insgesamt ausreichend	13 (34%)	5 (36%)
unzureichend	2 (5%)	6 (43%)
nicht zu beurteilen	<u>5</u> (<u>14%</u>) 38 (100%)	<u>2</u> (<u>14%</u>) 14 (100%)
m. <u>Phasenüberdauernde Veränderungen</u>		
offenbar nicht vorhanden	20 (53%)	1 (7%)
insgesamt aufgetreten	11 (29%)	9 (64%)
nicht zu beurteilen	<u>7</u> (<u>18%</u>) 38 (100%)	<u>4</u> (<u>28%</u>) 14 (100%)
nach der 1. Phase	3 (8%)	5 (36%)
nach der 2. Phase	5 (13%)	1 (7%)
später aufgetretene Veränderungen	<u>3</u> (<u>8%</u>) 11 (29%)	<u>3</u> (<u>21%</u>) 9 (64%)
n. <u>Produkt.Symptomatik</u>	von 38 Patienten zeigten jeweils:	von 14 Patienten zeigten Jeweils:
Emotionelle Beteiligung	28 (74%)	5 (36%)
Wahnstimmung	27 (71%)	6 (43%)
Maniforme Stimmungslage	12 (32%)	3 (21%)

Fortsetzung der Übersichtstabelle 4

Merkmäl	Typ I polymorph- fluktuierend (n=38)	Typ VI amorph (n=14)
<u>n. Produkt.Symptomatik</u>	von 38 Patienten zeigten jeweils:	von 14 Patienten zeigten jeweils:
Akustische Halluz.	28 (74%)	6 (43%)
Optische Halluz.	15 (39%)	4 (29%)
Beeinflussungs- erlebnisse	17 (45%)	0 -
Wahnwahrnehmungen	32 (84%)	6 (43%)
Wahneinfälle	19 (50%)	4 (29%)
Beziehungsideen	29 (68%)	6 (43%)
Wortneubildungen	1 (3%)	1 (7%)
Zwangsphänomene	7 (18%)	5 (36%)
Stupor	16 (42%)	7 (50%)

Anmerkung:

n=Anzahl der Patienten jeweils einer Gruppe

+=Siehe Erläuterung am Schluß der Tabelle 1

E 5 GESAMTÜBERSICHTSTABELLE

Merkmale	Typ I (n=32)	Typ II (n=27)	Typ III (n=17)	Typ IV (n=9)	Typ V (n=15)	Typ VI (n=14)
1. Alter zur Zeit der Untersuchung						
unter 40 Jahre	26	15	6	4	10	9
über 40 Jahre	12	12	11	5	5	5
	38	27	17	9	15	14
2. Geschlecht						
Männer	12	15	12	6	6	9
Frauen	26	12	5	3	9	5
	38	27	17	9	15	14
3. Konstitutionstyp						
asthenisch und leptosom	26	10	11	3	10	10
andere Typen	12	17	6	6	5	4
	38	27	17	9	15	14
4. Familienstand						
ledig, geschieden	19	15	8	4	11	11
verheiratet, verwitwet	19	12	9	5	4	3
	38	27	17	9	15	14

Merkmale	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
5. Hereditäre Belastung						
Schizophrenie	6	3	2	1	1	2
psych. Erkrankungen unbek. Diagnose	6	3	6	2	4	2
keine Belastung bzw. nicht eruierbar	26	21	9	6	10	10
	38	27	17	9	15	14
6. Erstmanifestations- alter						
vor dem 25. L.J.	13	11	7	1	9	12
25.-40. L.J.	19	10	4	5	5	1
nach dem 40. L.J.	6	6	5	3	1	1
nicht zu beurteilen	-	-	1	-	-	-
	38	27	17	9	15	14
7. Phasendauer der letzten Phase						
unter 3 Monaten	27	10	4	2	4	4
3 Monate-1 Jahr	7	7	8	1	2	2
über 1 Jahr	4	10	5	6	9	8
	38	27	17	9	15	14

Fortsetzung der Gesamtübersichtstabelle

Merkmale	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
8. Emotionelle Beteiligung						
ja	28	20	11	4	7	5
nein	10	7	6	5	8	9
	38	27	17	9	15	14
9. Akustische Halluzinationen						
ja	28	21	11	3	14	6
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	10	6	6	6	1	8
	38	27	17	9	15	14
10. Optische Halluzinationen						
ja	15	12	4	2	9	4
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	23	15	13	7	6	8
	38	27	17	9	15	14

Fortsetzung der Gesamtübersichtstabelle

Merkmal	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
11. Hypnose, Strahlen, elektrische Ströme						
ja	17	12	9	2	9	0
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	21	15	8	7	6	1 1/4
	38	27	17	9	15	1 1/4
12. Wahnstimmung						
ja	27	19	8	1	11	6
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	11	8	9	8	4	8
	58	27	17	9	15	1 1/4
13. Wahnwahrnehmungen						
ja	32	19	14	5	11	6
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	6	8	3	4	4	8
	38	27	17	9	15	1 1/4

Fortsetzung der Gesamtübersichtstabelle

Merkmal	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
14. <u>Wahnideen</u>						
ja	31	25	16	8	14	5
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	7	2	1	1	1	9
	38	27	17	9	15	14
15. <u>Wahneinfälle</u>						
ja	19	16	6	4	11	4
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	19	11	3	5	4	10
	38	27	17	9	15	14
16. <u>Beziehungsideen</u>						
ja	29	20	14	9	10	6
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	9	7	3	-	5	8
	38	27	17	9	15	14

Fortsetzung der Gesamtübersichtstabelle

Merkmal	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
17. Zwänge						
ja	7	6	2	2	4	5
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	31	21	15	7	11	9
	38	27	17	9	15	14
18. Stupor, katonische Erscheinungen						
ja	16	8	7	3	5	7
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	22	19	10	6	10	7
	38	27	17	9	15	14
19. Wortneubildungen						
ja	1	2	1	0	3	1
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	37	25	16	9	12	13
	38	27	17	9	15	14

Fortsetzung der Gesamtübersichtstabelle

Merkmal	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
20. Krankheitseinsicht						
ja	(27)	8	6	1	3	(6)
nie bzw. keine verwertbaren Angaben	(11)	19	11	8	12	(8)
	38	27	17	9	15	14
21. Behandlungsergebnis						
Vollremission	18	6	3	1	-	1
mäßig - gut	13	11	9	1	6	5
unzureichend	2	6	3	5	5	6
nicht zu beurteilen	5	4	2	2	4	2
	38	27	17	9	15	14
22. Phasenüberdauernde Veränderungen						
insgesamt aufgetreten	11	13	11	4	11	9
nicht aufgetreten	20	7	1	4	1	1
nicht zu beurteilen	7	2	5	1	3	4
	38	27	17	9	15	14

Fortsetzung der Gesamtübersichtstabelle

Merkmal	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
23. Prämorbid Persönlichkeit						
emotionell irritabel	12	1	-	2	1	-
aktiv-unkompliziert	12	8	5	4	6	6
andere Typen	11	11	12	3	8	8
	58	27	17	9	15	14
24. Frühkindliche Entwicklung						
auffällig-pathologisch	2	2	2	1	-	4
unauffällig	36	25	15	8	15	10
	38	27	17	9	15	14
25. Einzelkind						
ja	7	4	4	-	4	5
nein	31	23	13	9	11	9
	38	27	17	9	15	14

Fortsetzung der Gesamtübersichtstabelle

Merkmal	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
26. Kindheit und Erziehung						
lieblos	3	5	4	1	-	3
normal	35	22	13	8	15	11
	38	27	17	9	15	14
27. Dauerkonstellation in der Ehe						
ungünstig	7	6	6	2	4	4
normal	31	21	11	7	11	10
	38	27	17	9	15	14
28. Dauerkonstellation im Beruf						
unregelmäßige Arbeit, unausgefüllt	6	5	6	2	5	3
normal	32	22	11	7	10	11
	38	27	17	9	15	14

Schluß der Gesamtübersichtstabelle

Merkmal	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV	Typ V	Typ VI
29. Auslösung von Phasen durch akute Konflikte						
ja	23	19	12	4	11	6
nein	15	8	5	5	4	8
	38	27	17	9	15	14

Anmerkungen und Erläuterungen

Typ I = polymorph-fluktuierendes Syndrom (Patientenanzahl n=38)

Typ II = polymorph-stabilisiertes Syndrom (Patientenanzahl n=27)

Typ III = polymorph-systematisiertes Syndrom (Patientenanzahl n=17)

Typ IV = monomorph-systematisiertes Syndrom (Patientenanzahl n= 9)

Typ V = monomorphes Syndrom (Patientenanzahl n=15)

Typ VI = amorphes Syndrom (Patientenanzahl n=14)

Die Angaben unter Merkmal 8-21 beziehen sich auf den Verlaufsschnitt, besagen also, welche Symptome während einer oder mehrerer der durchgemachten Phasen aufgetreten sind.

V ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Arbeit war es, die Psychosen mit schizophrenem Gepräge nach einem Gesichtspunkt zu ordnen, der es in der Praxis ermöglicht, eine ausreichend sichere Prognose der Erkrankung schon nach den ersten Phasen zu stellen.

Diesen grundlegenden Gesichtspunkt bildete die Erkenntnis, daß die Prognose abhängig ist von der symptomschöpferischen Kraft des Krankheitsgeschehens, die in Erscheinung tritt zum einen als Simultankapazität oder Polymorphie, zum anderen als Sukzessionsgeschwindigkeit oder Fluktuation der Symptome (Petrilowitsch 1969).

Die Differenzierung der Psychosen der von mir untersuchten 120 Patienten allein unter dem Aspekt dieser beiden Intensitätsmerkmale ergab eine "syndromdynamische Gliederung" in sechs Typen:

- I Polymorph-fluktuierendes Syndrom
- II Polymorph-stabilisiertes Syndrom
- III Polymorph-systematisiertes Syndrom
- IV Monomorph-systematisiertes Syndrom
- V Monomorphes Syndrom
- VI Amorphes Syndrom

Die durch eigene Exploration und eingehendes Studium der vorangegangenen Phasen gewonnenen Kenntnisse über Persönlichkeit, Krankheitsbilder und Krankheitsfolgen bei meinen Patienten wurden statistisch ausgewertet und verglichen. Dabei ergab sich weitgehende Übereinstimmung der erfaßten Merkmale innerhalb jeweils eines Psychosetyps einerseits und so klare Unterschiedlichkeit in Wesen und Prognose der sechs Typen andererseits, daß ihre Trennung berechtigt und notwendig erscheint.

In einer kurzen Rückschau seien noch einmal die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen zusammengefaßt:

Das polymorph-fluktuierende Syndrom, der Typ I, ist gekennzeichnet durch häufig auftretende, meist kurze Phasen, die in vielen Fällen von Konflikten ausgelöst werden, akut beginnen und ebenso akut wieder abklingen.

Diese Form tritt vorzugsweise zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr auf und befällt zu einem großen Teil besonders emotionell irritable, affektiv reagierende Menschen (Pauliukhoff 1957), in zwei Dritteln der Fälle Frauen (Leonhard 1964).

Große Fülle und häufiger Wechsel im Symptombild, das von starkem Affekt gezeichnet und oft auch überlagert wird, sind für diese Psychosen charakteristisch.

Phasenüberdauernde Veränderungen zeigen sich nur bei einem reichlichen Viertel der Patienten, häufig lediglich in Form von Insuffizienzsyndromen und Antriebsschwankungen, die im allgemeinen reversibel sind. Die therapeutische Ansprechbarkeit auf Psychopharmaka ist so gut (Janzarik 1956, Baer 1969), daß sich eine Elektrokrampfbehandlung meistens erübrigt. Die Prognose ist außerordentlich günstig und stellt diesen Typ aus der Gruppe der Schizophrenien heraus auf eine Stufe zwischen diesen und den Temperamentskrankheiten.

Dieses Syndrom schließt somit m.E. die cycloiden Randpsychosen bzw. die amentuellen Psychosen Kleists, die endogenen Pseudoschizophrenien Rümkes, die schizophreniformen Zustände nach Langfeldt, die von Störring, Suchenwirth und Völkel herausgestellten Emotionspsychosen und die cycloiden Psychosen im Sinne Leonhards aber auch z.T. seine unsystematischen Schizophrenien mit ein.

An den drei Fällen, in denen eine polymorph-fluktuierende Psychose schon vor dem 15. L.J. aufgetreten war, zeigt sich, daß jugendliche schizophreniforme Psychosen nicht immer dem Typ der Hebephrenie im Sinne der malignen Schizophrenie entsprechen (Leonhard 1964).

Das polymorph-stabilisierte Syndrom, der Typ II, zeigt eine auffallende Tendenz zur zunehmenden Monomorphie und führt häufiger zu Krankheitsresiduen, die zudem auch qualitativ einschneidender sind.

Es gehört somit eindeutig zum schizophrenen Formenkreis, nimmt aber hier aufgrund seines verhältnismäßig hohen Intensitätsgrades die prognostisch günstigste Stellung ein. Männliches und weibliches Geschlecht sind bei diesem Syndrom schon annähernd gleich stark vertreten, der emotionell irritable Typ unter den Patienten ist verschwindend gering, und die Krankheitsphasen dauern durchschnittlich länger an als in Gruppe I.

Hinsichtlich der Vielzahl von Einzelsymptomen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zum polymorph-fluktuierenden Syndrom.

Das polymorph-systematisierte und das monomorph-systematisierte Syndrom, die Typen III und IV,

heben sich durch ihre Wahnbildung von den anderen Gruppen ab.

Beide Krankheitsformen sind zum überwiegenden Teil beim männlichen Geschlecht und in der zweiten Lebenshälfte zu finden.

Ihre jeweilige Zugehörigkeit zu dem mehr polymorphen bzw. monomorphen Syndrom zeigt sich in der unterschiedlichen Festigkeit des aufgebauten Systems und in der Fülle der produktiven Symptomatik.

Abweichungen ergeben sich auch in der prämorbidem Persönlichkeit der Betroffenen. Zu der polymorph-systematisierten Form neigen mehr introvertierte, zu der monomorph-systematisierten Form mehr aktiv-unkomplizierte Menschen.

Mit der vergleichsweise größeren Turbulenz bei Typ III korrespondiert auch eine kürzere Phasendauer und die bessere therapeutische Ansprechbarkeit.

Das monomorphe Syndrom, der Typ V,

steht dem amorphen Syndrom in seinen Voraussetzungen und Auswirkungen außerordentlich nahe, unterscheidet sich aber von jenem durch die Ausgestaltung der Psychose und die verhältnismäßig reichere Symptomatik.

Bemerkenswert ist, daß bei dieser Form noch eine Zunahme der relativen Monomorphie möglich ist, was der Annäherung an den amorphen Typ gleichkommt.

Andererseits ist in einem Teil der Fälle eine Tendenz zur zunehmenden Systematisierung zu beobachten.

Das amorphe Syndrom, der Typ VI,

stellt das prognostisch ungünstigste Krankheitsbild dar. Dieser Psychosetyp zeigt in zwei Dritteln der Fälle eine Affinität zum männlichen Geschlecht. Fast zur Hälfte wurden die Patienten als unkomplizierte Charaktere beschrieben. Fast immer setzt die Psychose schon vor dem 25. Lebensjahr ein und kann von Faktoren verschiedener Genese, bei denen pathologische frühkindliche Entwicklung, Pubertät und un-

günstige Umwelteinflüsse eine Rolle spielen, gebahnt sein. Sie zeichnet sich aus durch schleichenden Verlauf und frühe irreversible Veränderungen der Persönlichkeit. Das Symptombild ist wenig eindrucksvoll und charakterisiert durch eine innige Verflechtung von Normalem und krankhaftem. Die therapeutische Beeinflußbarkeit erweist sich als äußerst gering. Schwere Defekte, die in mehr als einem Drittel der Fälle zur Versandung führten, hatten sich bei mindestens zwei Dritteln der Patienten ausgebildet.

Mit dieser "syndromdynamischen Gliederung" ist endlich ein Weg gefunden, auf dem es möglich ist - noch vor der Festlegung auf eine spezielle Diagnose, die ja zudem in den verschiedenen Schulen eine so verwirrend uneinheitliche ist - eine Psychose einem bestimmten prognostischen Typ zuzuordnen.

Sie erlaubt es also, daß man - primär unabhängig von der Entscheidung, ob es sich im Einzelfalle um eine Schizophrenie, eine atypische Psychose oder um ein schizophren-cyclothymes Mischbild handelt - aufgrund der ihr als Maßstab gesetzten Dynamik im vorliegenden Querschnittsbild der Erkrankung aussagen kann, ob es sich um eine im Prinzip heilbare Psychose handelt oder nicht, und welche Prognose im letzteren Falle dieser Psychose beschieden sein wird.

Dies ist eine grundlegende Neuerung und bedeutet, wenn sie der speziellen Diagnostik vorangestellt und übergeordnet wird, eine wertvolle Hilfe bei der prognostischen Diagnose der endogenen Psychosen mit schizophrenem Erscheinungsbild.

VI LITERATURVERZEICHNIS

1. Baer, R.: Beitrag zur Frage psychopathologischer Indikationen für die Behandlung mit hochpotenten Neuroleptika.
Int.Pharmakopsychiat.3(1969) 186-195;194
2. Huber, G.: Chronische Schizophrenie.
Dr.Alfred Hüthig-Verlag, Heidelberg
(1961) 47
- 3. Janzarik, W.: Wandel und Konstanz schizophrener Syndrome unter der Pharmakotherapie.
Folgerungen für die Langzeitbehandlung.
In: Kranz, H. u. N. Petrilowitsch (Hg.):
Kombinations- und Langzeitbehandlung,
1. Rothenburger Gespräch 1965,
S. Karger-Verlag, Basel/New York (1966)
85-95; 89, 92
4. Langfeldt, G.: The Prognosis in Schizophrenia and the Factors influencing the Course of the Disease.
E. Munksgaard, Copenhagen (1937) 187-190;
221
5. Langfeldt, G.: Schizophrenie und schizophreniforme Zustände.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 196 (1958)
574-576; 574
6. Leonhard, K.: Die Aufteilung der endogenen Psychosen.
Akademie-Verlag, Berlin (1957) 4, 22, 117,
129
7. Leonhard, K.: Die atypischen Psychosen und Kleists Lehre von den endogenen Psychosen.
In: Gruhle, H. W., R. Jung, W. Mayer-Gross u. M. Müller (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart.
Bd. II, Springer-Verlag, Berlin/Göttingen/
Heidelberg (1960) 147-179; 150, 163, 164

8. Leonhard, K.u.S.v. Trostorf: Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen.
G.Fischer-Verlag, Jena (1964) 25, 43, 53,
57, 120
9. Pauleikhoff, B.: Atypische Psychosen.
S.Karger-Verlag, Basel/New York (1957)
123, 132, 134
10. Pauleikhoff, B.: Über die seelische Struktur
Wahnkranker.
Arch.Psychiat.Nervenkr. 196 (1957) 356-378;
376
11. Pauleikhoff, B.: Seelische Störungen in der
Schwangerschaft und nach der Geburt.
Ferd.Enke-Verlag, Stuttgart (1964) 56, 70
12. Peters, U.H.: Das exogene paranoid-halluzinatorische
syndrom.
S.Karger-Verlag, Basel/New York (1967)
57, 58
13. Petrilowitsch, N.: Die Polarität von Tiefe und
Intensität in der Psychiatrie.
Arch.Psychiat.Nervenkr. 196 (1958)
580-589; 585
14. Petrilowitsch, N.: Zur Strukturtheorie der endo-
genen Psychosen.
Schweiz.Arch.Neurol. 81 (1958) 322-343;
322
15. Petrilowitsch, N.: Die Schizophrenien in struk-
turpsychiatrischer Sicht, I. Mitteilung.
Psychiat.clin. 2 (1969) 289-306; 291
16. Petrilowitsch, N.; I. Winau u. R. Baer:
Die Schizophrenien in strukturpsychia-
trischer Sicht. II. Ergebnisse katamne-
stischer Untersuchung an 120 Kranken.
Psychiat.clin. 3 (1970) 251-273
17. Petrilowitsch, N., I. Winau u. R. Baer:
Strukturpsychiatrische Ergebnisse kat-
amnestischer Untersuchungen an Schizo-
phrenen.
In: Das ärztliche Gespräch, Tropen Arznei-
mittel, Köln (1972) 46-62

18. Rümke, H.C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien.
Nervenarzt 29(1958) 49-53; 51
19. Störning, G.E., R. Suchenwirth u. H. Völkel:
Emotionalität und cycloide Psychosen.
(Zur Psychopathologie der sogenannten Randpsychosen)
Psychiat. Neurol. med. Psychol. 14(1962)
85-97

Meinem verehrten Doktorvater, Herrn Professor Petrilowitsch [†],
der mich mit seinem umfassenden Wissen in das Wesen der
Psychiatrie und speziell der Schizophrenien eingeführt hat,
gilt meine besondere Hochachtung.

Auch Herrn Professor Peters, der mir nach dem Tode von
Herrn Professor Petrilowitsch trotz seiner vielfältigen
Belastung als Ordinarius der Klinik so freundlich ent-
gegenkam und mich als Doktorandin übernahm, bin ich zu
großem Dank verpflichtet.

Für die Leitung und Überwachung der statistischen Erhe-
bungen im Rahmen dieser Arbeit möchte ich Herrn
Professor Fassl, jetzt Ordinarius am Institut für Medizi-
nische Statistik und Dokumentation an der Medizinischen
Akademie Lübeck, herzlich danken.

Nicht zuletzt die Mitarbeit von Herrn Dr. Baer, z.Z. an
der Universitäts-Nervenlinik Erlangen, der die mühevollen
und sorgfältige Auswertung der statistischen Ergebnisse
übernommen hat, war mir eine wertvolle Hilfe bei der
Erstellung dieser Arbeit.

LEBENS LAUF

Am 3.1.1940 wurde ich in Mainz am Rhein geboren.

Meine Eltern sind der Generalmajor a.D. Fritz Krause und seine Ehefrau Ilse, geb. Stier.

Im Alter von sechs Jahren wurde ich eingeschult und bestand nach 13-jähriger Schulzeit das Centralabitur des Oberschulamtes Südbaden an der Evangelischen Internatsschule Schloß Gaienhofen am Bodensee.

Im Herbst 1959 wurde ich an der Universität des Saarlandes immatrikuliert und legte dort nach zwei Semestern das Vorphysikum ab. Nach zwei weiteren Semestern an den Universitätskliniken in Homburg/Saar wechselte ich über zur Johannes Gutenberg-Universität in Mainz, wo ich 1963 das Physikum und im Januar 1967 das Staatsexamen bestand.

Während meiner Medizinalassistentenzeit an den Universitätskliniken in Mainz arbeitete ich zunächst ein Jahr in der Neuro-Psychiatrie, danach in der Kinderchirurgie und zum Abschluß in der I. Medizinischen Klinik.

1967 stellte mir Herr Professor Petrilowitsch mein Dissertationsthema zur Verfügung, und ich begann unter seiner Führung mit den Untersuchungen der Patienten, die sich über zwei Jahre erstreckten. Im Juni 1970 konnte ich ihm die erste Niederschrift meiner Arbeit zur Korrektur vorlegen. Nach dem tragischen Tod meines Doktorvaters im Juli 1970 übernahm Herr Professor Peters dankenswerterweise die weitere Betreuung meiner Dissertation bis zu ihrer Fertigstellung im August 1972.

Seit meiner Approbation im Januar 1970 habe ich mit meiner beruflichen Tätigkeit ausgesetzt und mich ganz meiner Familie gewidmet. Ich bin seit 1968 mit dem Diplomchemiker Dr. Herbert Winau verheiratet und habe drei Kinder.

Im nächsten Jahr möchte ich mit der psychiatrischen Fachausbildung beginnen.

Ingrid Winau, 65 Mainz-Lerchenberg, Rubensallee 59a

